Nr. 31. 4. sierpnia 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Stanisław KARASIŃSKI. Kraków.

Nowoczesne leczenie krzywicy [1]).

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Eksperymentalnej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. K. Klecki.

I.

Doniosłą zmianą, jakiej dokonano w ostatnich latach w leczeniu krzywicy, poza wyświetleniem natury właściwego związku, jaki zachodzi miedzy sposobami leczenia tej sprawy chorobnej tranem i naświetlaniami, było wprowadzenie w lecznictwo metody nowej, opartej na badaniach Windausa, Pohla i in., a polegającej na przeciwkrzywiczem działaniu naświetlonej ergosteryny.

Znane są dobrze poszczególne etapy tych badań. które doprowadziły do wykrycia właściwości przeciwkrzywiczych ergosteryny uczynnionej promieniami ultrafioletowemi, nie będę się przeto nad niemi zatrzymywał. Chcę jednak zauważyć, że z badaczów polskich bardzo bliskim wykrycia biologicznych własności omawianej substancji był prof. Marchlewski, w czem jednak uprzedził go Windaus.

Zanim przystąpię do przedstawienia spostrzeżeń poczynionych nad działaniem naświetlonej ergosteryny od czasu jej wprowadzenia w lecznictwo, aż do chwili obecnej, pragnę przypomnieć tu nazwisko innego polskiego, nieżyjącego już badacza, który (w 1912 r.) pierwszy zwrócił uwagę na znaczenie światła słonecznego w rozwoju krzywicy kości. Był nim długoletni asystent Kliniki pedjatrycznej U. J., późniejszy profesor pedjatrji we Lwowie, Jan Raczyński, w piśmiennictwie obcem z tej dziedziny przeważnie przemilczany.

Fakt ten przytaczam dlatego, ponieważ wszystkie środki lecznicze w krzywicy, któremi obecnie rozporządzamy, wywodzą się przecież z tego samego wspólnego źródła, jakiem jest energja świetlna; światło słoneczne, obfitujące w promienie ultrafioletowe, tran, w którym przyroda złożyła ciała, światłem słonecznem uczynnione, promienie lamp rtęciowych zastępujące nam energję słoneczną, pokarmy naświetlone i naświetlona ergosteryna, w większym lub mniejszym stopniu jedną spełniają rolę, wskutek czego niektóre z tych czynników z powodzeniem mogą być obok siebie użyte. W żadnym razie niema mowy o tem, by nowowprowadzony sposób leczenia, przynajmniej w obecnym stanie rzeczy, mógł wyrugować poprzednio stosowane, ugruntowane długoletniem doświadczeniem. Tyczy się to szczególniej bezpośredniego leczenia światłem, które jest czynnikiem o odrębnem i wybitnem znaczeniu leczniczem. Jak wiadomo, naświetlania, poprzez ogólny wpływ eutroficzny na ustrój, przez pobudzenie odczynnowości ustroju, działają korzystnie i na mineralną przemianę materji. wskutek czego sprzyjają leczeniu się zaburzeń wzrostowych kości. Naświetlania i leczenie ergosteryną naświetloną mogą się przeto korzystnie uzupełniać, gdy bowiem naświetlona ergosteryna przyspiesza przemianę wapniowa i prowadzi do odkładania się wapnia (Kreitmair i Möll), to promienie ultrafioletowe szybciej i pełniej zmieniają kształt kości (Marfan i Dolfus-Odier). Podobnie też nie da się w pewnych warunkach uniknąć leczenia tranem, gdyż zarówno dawne jak i nowe spostrzeżenia świadczą o wielkiej, i wielostronnej. wartości leczniczej, tego naturalnego środka (Mouriquand, Lenffer, Bernheim, Schöen i Poulsson).

Ergosteryna jest związkiem znanym w przyrodzie od roku 1890 (Tauret). Znajduje się w sporyszu, drożdżach, kiełkach zbóż, oraz wielu niższych roślinach. Wedle badań Hessa, Steenbocka, Windausa i Pohla stanowi ona prawidłowy składnik ustroju zwierzęcego. Badacze ci stwierdzili, że pod wpływem promieni ultrafioletowych nabiera ergosteryna, a prawdopodobnie także i inne steryny zawarte w ustroju, własności przeciwkrzywiczych, czyli, jak to określano, przychodzi do ich aktywacji.

Na czem polega aktywacja w cząsteczce ergosteryny w ustroju czy poza ustrojem, niewiadomo zupełnie. Schittenhelm i Eisler podnoszą wątpliwości, czy energja świetlna jest do tej aktywacji wogóle potrzebna. Nie jest zbadaną sprawa w jaki sposób aktywuje się ergosteryna w skórze, jakkolwiek hipoteza ta duże znalazła uznanie: wiadomo bowiem, że promienie lamp rtęciowych poniżej długości 289 $\mu\mu$ nie wnikają w naskórek głębiej , jak do 1/10 mm (Bürger). Być może, że światło uczynnia ergosterynę we krwi przepływającej przez naczynia włosowate, gdyż zarówno światło słoneczne jak i sztuczne działa silnie na te naczynia (Schur, Niekau), a w krwinkach czerwonych, szczególnie na ten wpływ wrażliwych (Kestner), ma znajdować się ergosteryna, jak to wynika z niedawno ogłoszonych badań (Dejuste, Dureuil i Van Stolk).

Zgodnie z tem przypuszczeniem, stwierdził ostatnio badacz włoski C. Giaume, że krew zwierząt naświetlanych ma wybitne działanie przeciwkrzywicze.

Nie jest również znany fizjologiczny sposób działania naświetlonej ergosteryny. Może jest ona przenośnikiem energii świetlnej do wnętrza ustroju? Być może, że przez zmianę układu elektrolitów wpływa na system nerwowy wegetatywny i związany z nim układ hormonalny; może poprzez gruczoły dokrewne reguluje mineralną przemianę materji i przyśpiesza utlenianie komórkowe, a usuwając w ten sposób istniejącą kwasicę, sprzyja odkładaniu się wapnia (Bommer, Hufnagel, Moll, Kramsztyk, Huguenin); w każdym razie stwierdzono, że po podaniu tranu czy też vigantolu podnosi się szybko zużycie tlenu do odpowiedniej normalnej wysokości (Seel).

Wbrew przyjętej popularnie nazwie, naświetlona ergosteryna właściwie witaminem nie jest, gdyż może być syntetycznie w ustroju wytworzona i uczynniona (Pfaundler, Prinke, Sim Ki Ay, Huguenin). Jeśli przyjąć, niezależnie od wielu różnych momentów etjologicznych (tło dziedziczne, infekcja, zaburzenia czynnościowe), że przyczyną krzywicy jest zaburzenie wielogruczołowe, za czem oddawna oświadcza się wielu badaczów (Ritter, Aschenheim i Remscheid. Vollmer, Langstein, Erdheim, Stoeltzner, Frick i Uffenheimer i inni), to należałoby uznać ergosterynę naświetloną, jak to czyni w niedawno ogłoszej pracy Soula, za lek ,który usuwa niedomogę w przeróbce lipoidów i związane z tą niedomogą zaburzenia w gospodarce mineralnej ustroju. Ergosteryna naświetlona byłaby zatem czynnikiem leczniczym o charakterze dokrewnym; należy podnieść, że podobny pogląd, w związku z przeciwkrzywiczem działaniem tranu i żółtka wypowiedzieli jeszcze w r. 1924 badacze amerykańscy Zucker i Barneth, wykluczając istnienie witaminu przeciwkrzywiczego.

II.

Wprowadzenie naświetlonej ergosteryny do lecznictwa poprzedziły liczne wprawdzie, ale zbyt krótkie badania na zwierzętach głównie na młodych białych szczurach, u których wywoływano krzywicę doświadczalną, poczem leczono tę sprawę naświetloną ergosteryną, sprawdzając wyniki rentgenologicznie, mikroskopowo i chemicznie. Obserwacja zwierząt kończyła się zazwyczaj zaraz po otrzymaniu dodatniego wyniku, przeważnie po 4—5 tygodniach. Skutecznemi dla tych celów leczniczych jak i zapobiegawczych okazały się dla szczura dawki w wysokości 1/1000—1/10.000 mg naświetlonej ergosteryny dziennie. W toku tych badań, o których obszerniej zdałem sprawę na innem miejscu, nie stwierdzono żadnych szkodliwych działań zastosowanego przetworu, to też niektórzy badacze, jak Holtz, byli skłonni przypuszczać, że nawet nadmierne dawki zarówno dla zwierząt jak i dla ludzi, będą nieszkodliwe.

Jakkolwiek można mieć pewne zastrzeżenia co do tego, czy wyniki uzyskane w doświadczeniach na zwierzętach mogą być w całej rozciągłości podstawą oceny zjawisk patologicznych w ustroju ludzkim, gdyż zarówno procesy u zwierząt przebiegają inaczej nieco niż u ludzi, jak też i doświadczalnie wywołana krzywica tylko objawami swemi upodobniona jest do krzywicy naturalnej

[1]) Według odczytu wygłoszonego w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem w dniu 29 maja 1929.

a tło jej powstania jest w zasadzie inne [1]), to przecież eksperyment trzeba uznać za wskazany i użyteczny, choćby tylko ze względu na możność oceny wartości leczniczej i ewentualnego szkodliwego ubocznego działania badanych środków.

Wkrótce po sprawdzeniu na zwierzętach własności leczniczych naświetlonej ergosteryny podjęto w klinikach dziecięcych amerykańskich i niemieckich pierwsze próby lecznicze. Próby te dały dodatnie wyniki (Hess i in.), aczkolwiek, ze względu na zrozumiały sceptycyzm wobec nieznanej jeszcze bliżej metody leczenia, badania podejmowano początkowo na niewielkiej ilości dzieci. Z klinicystów niemieckich pierwszym, który te badania rozpoczął był György (Heidelberg); w 25 przypadkach *rachitis florida* i *tetania* u dzieci 2½—14 miesięcznych miał przeważnie dobre wyniki leczenia, po dawkach 1—4 mg naśw. erg. Reumer i Falkenheim (Königsberg) mieli naogół wyniki leczenia dobre i szybkie, w ciągu 30—40 dni, podając dawki 2—3 mg naśw. erg. (5 przyp.). Zawartość fosforu w surowicy krwi szybko przekraczała normę, przemiana wapnia zwiększała się, przychodziło do odkładania się substancyj mineralnych, co w leczeniu światłem następowało zazwyczaj dopiero po znacznie dłuższym upływie czasu. Prinke (Würzburg) obserwował w 6 przypadkach jeszcze szybsze leczenie się krzywicy, bo w ciągu 8—12 dni po stosowaniu ergosteryny uczynnionej światłem magnezjowem; najprędzej, bo już po 10 dniach stwierdzał ustępowanie *craniotabes;* nieżyty oskrzeli łagodziły się, poprawiało się usposobienie dzieci, ustępowały objawy tężyczki.

Wyniki tych pierwszych badań były zachęcające. To też dalsze spostrzeżenia odnosza się już do większej liczby przypadków. Liczni badacze (Beumer-Falkenheim, Strote, Wurzinger, Aengenendt, Gehrt, Goldschmidt, Rosenbaum i in.), podjęli leczenie vigantolem u setek osesków i niemowląt z *rachitis florida*, czy też ze skłonnością do powstania *rachitis* lub z powikłaniami zakaźnemi, stosując ten preparat w dawkach 4—5, a nawet do 8 mg dziennie, z dobremi wynikami, bez jakichkolwiekbądź klinicznie dających się stwerdzić zaburzeń. Czas stosowania był naogół krótki, 4—6 tygodniowy, badań surowicy krwi na zawartość wapnia przeważnie nie przeprowadzano.

W następstwie tych pierwszych pomyślnych prób, nowy lek spotkał się z entuzjastycznem przyjęciem. Dawał wyniki lecznicze korzystne a tak szybkie, jakich nie dają ani tran, ani naświetlania lampą kwarcową. W użyciu był dogodny, gdyż jego dawkowanie zdawało się być zupełnie pewne i dokładnie określone, a podawanie dzieciom nie napotykało na takie trudności, jakie się ma czasem przy stosowaniu tranu. Tran bowiem, obok swej dużej wartości odżywczej i zasobowości w witaminy, ma smak odrażający, a nie dający się poprawić bez uszczerbku dla jego skuteczności, pozatem sprowadza w niektórych przypadkach, zwłaszcza u osesków i młodszych dzieci, zaburzenia jelitowe. Trzeba przytem auważyć, że i skuteczność tranu jest zmienna a wartość lecznicza niewymierna, zależna od rodzaju ryb, czasu połowu i sposobu przygotowania tranu. Wiele spostrzeżeń poczynionych w ostatnich latach wskazuje na to, że jakość tranu będącego obecnie w handlu, może wskutek niewłaściwych metod fabrykacji, zmieniła się na gorsze i że tran ten mniej jest skuteczny (Rosenbaum, Wendt).

Także i w porównaniu z leczeniem naświetlaniami, leczenie naświetloną ergosteryną mogło pozyskać sobie większą wziętość ze względów praktycznych. Naświetlania trudno bowiem niekiedy zastosować np. na prowincji, lub w czasie słotnej i zimnej pory, w czasie choroby zakaźnej dziecka (np. zapalenia płuc), pozatem są one absorbujące dla otoczenia dziecka, a przy zbiorowem ich przeprowadzeniu w przychodniach, szpitalach ,czy kasach grożą niebezpieczeństwem roznniesienia zakażeń. Trzeba jeszcze dodać, że leczenie naśw. ergosteryną jest stosunkowo najmniej kosztowne.

Pierwsze pomyślne wyniki stosowania vigantolu, jak i łatwość i dogodność stosowania, zdawały się wskazywać, że nadszedł okres, w którym ta tak powszechna i ciężka w swoich następstwach choroba, jaką jest krzywica, będzie mogła być racjonalnie i skutecznie zwalczana. W vigantolu widziano już środek, który z urzędu, przymusowo będzie się dodawać do mleka targowego, aby w ten sposób na szeroką skalę, podjąć działalność zapobiegania krzywicy (Adam, Beumer-Falkenheim, Aron, Schönen i in).

[1]) Krzywicę można u szczurów sprowadzić przez podawanie karmy o ilościowo nieprawidłowej zawartości jonów (np. nadmiar wapnia przy małej ilości fosforu). Przez wyrównanie stosunku wapnia do fosforu, przez naświetlania lub przez dowóz czynnika przeciwkrzywiczego przywrócić można stan normalny. U człowieka natomiast nie wystarcza samo wyrównanie stosunku składników kości, do wyleczenia nieodzowny jest dowóz czynnika przeciwkrzywiczego (Freudenberg i György, Steudel).

III.

Dalsze badania przyniosły jednak pewne wątpliwości i rozczarowanie. Zarówno bowiem w eksperymentach na zwierzętach jakoteż w spostrzeżeniach klinicznych stwierdzono, że naświetlona ergosteryna nie we wszystkich przypadkach działa skutecznie, powtóre co ważniejsze, stwierdzono, że może ona działać wybitnie szkodliwie.

Podjęte eksperymenty miały przeważnie na celu badanie wpływu nadmiernie dużych dawek naśw. ergosteryny na ustroje zwierzęce.

Liczni badacze, wśród których jedynymi z pierwszych byli: Pfannenstiel, Kreitmair i Mohl, Harris i Moore, później Reyher, György, Behrendt i Berbrich, Heubner i Rabl stwierdzili, że naświetlona ergosteryna, w dawkach przekraczających znacznie dawki lecznicze, podawana różnym zwierzętom, jakoto myszom i szczurom białym, świnkom morskim, królikom, kotom, psom, kozom i in., prowadzi u nich do powstania zaburzeń i zmian jednego typu; zwierzęta takie traciły na wadze i szybko ginęły wśród objawów charłactwa, przyczem w ich narządach wewnętrznych znajdywano rozległe zmiany sklerotyczne. Niemal we wszystkich organach, szczególniej jednak w ścianach naczyń można było znaleźć złogi wapnia; zmiany naczyniowe były podobne do tych, jakie powstają przy żywieniu zwierząt cholesteryną, występowały jednak znacznie szybciej od nich.

Na podkreślenie zasługują eksperymenty Selye, który stwierdził wybitnie niekorzystny wpływ dużych dawek vigantolu na potomstwo tych zwierząt, które otrzymywały go w czasie ciąży lub karmienia. Badacz ten uważa ,że vigantol działa szkodliwie na czynność osteoblastów, albo też, że wapnienie kości dokonuje się zbyt wcześnie i zbyt gwałtownie pod jego wpływem. Nadto trzeba wspomnieć o eksperymentach p. Schmidtmann, z których, poza podobnemi wynikami, jakie mieli inni badacze, okazało się, że nawet przy klinicznie dobrym stanie zwierząt i naczyniach makroskopowo niezmienionych można już było mikroskopowo stwierdzić zmiany nekrotyczne i odkładanie się wapnia w ścianach naczyń.

Hottinger spostrzegał zmiany naczyniowe w obrębie błony środkowej: nadmienia on przytem, że zmiany rozleglejsze znajdował raczej u dorosłych, aniżeli u rosnących zwierząt. Fischl i Epstein, prócz innych typowych zmian stwierdzili zmętnienie soczewki oka. Weinmann opisał szkodliwy wpływ vigantolu na kości i zęby badanych zwierząt.

Wrażliwść zwierząt na szkodliwe działanie vigantolu czy innych preparatów, zawierających czynną substancję, była gatunkowo różną, przyczem szczególniej były wrażliwe zwierzęta żywione jednostronnie (Seel).

Niektórzy badacze, jak Simonnet i Tanret, nie spostrzegali szkodliwych działań naśw. ergosteryny, nawet po dawkach kilkaset do kilku tysięcy razy większych od dawki czynnej; badacze ci uważają, że toksyczność naśw. ergosteryny zależy od stopnia zmian fotochemicznych, jakich ergosteryna w toku naświetlana doznaje.

Pewne, niekiedy znaczne różnice w wynikach eksperymentów niektórych autorów można tłumaczyć tem, że użyta ergosteryna może być różnego pochodzenia [2]), może być niedokładnie naświetlona lub źle naświetlona, pozatem warunki eksperymentu mogą być nie do porównania; Lesné i Clément w związku z tem podnoszą jeszcze, że rodzaj działania może zależeć od sposobu podania oraz od czasu, przez jaki różne preparaty zachowują swoją aktywność przeciwkrzywiczą.

Ze spostrzeżeń Hottingera wiadomo, że aktywność ergosteryny przy naświetlaniu szybko rośnie, lecz również szybko się obniża, jednem słowem naświetlanie ma swój czas optymalny, a po przekroczeniu tegoż działanie przeciwkrzywicze zanika.

W eksperymentach wyżej wspomnianych, stwierdzono wprawdzie szkodliwy wpływ vigantolu, ale w większości badań stosowano go w tak wysokich dawkach (5—10—20 mg dz.), że ich zabójczość nie mogła być wątpliwa. Wiadomo przecież, że nawet tran w nieodpowiedniej ilości użyty może działać szkodliwie.

[1]) Liczba preparatów ergosteryny naświetlonej wypuszczanych na rynek farmaceutyczny stale rośnie. Z zagranicznych, prócz znanych preparatów niemieckich vigantolu i präforminy oraz angielskiego radiostolu, należy wymienić nowy angielski preparat iradiostol, z polskich zaś vitavit (Spiessa); tak radiostol jak i präformina działają przeciwkrzywiczo znacznie słabiej od vigantolu. Toksyczność wszystkich tych preparatów jest różna, znamionuje ją jednak zdaniem Heubnera, Scheunerta i Schieblicha pewna równoległość do ich działania przeciwkrzywiczego.

Dlatego też uważam, że bardziej odpowiadają naturalnym warunkm leczenia, badania, które przeprowadziłem w Zakładzie Patologji Og. i Eksp. U. J. nad działaniem na ustrój zwierząt vigantolu, w dawkach minimalnych lub średnich, stosowanych przez dłuższy czas (3 — 6 — 9 — 12 tyg.) z następową dłuższą obserwacją zwierząt, które leczenie vigantolem przeszły lub u których podawałem vigantol dla celów zapobiegawczych.

Badania te rozpocząłem jeszcze przed ukazaniem się vigantolu w handlu, posługując się preparatem dostarczonym mi przez fabrykę chem. E. Mercka w Darmstadt. Wyniki tych badań ogłosiłem na innem miejscu, tutaj natomiast przytoczę pokrótce te z nich, które są najbardziej charakterystyczne.

Eksperymentowałem na młodych białych szczurach, u których wywoływałem krzywicę używając stosownej karmy, poczem podawałem im vigantol w dawkach od 1/1000 do 1/100 mg dziennie; inna grupa zwierząt otrzymywała vigantol od samego początku żywienia karmą sprowadzającą krzywicę. Zmiany kości stwierdzałem za życia zwierząt i to wielokrotnie, zapomocą promieni Roentgena. Oprócz eksperymentu leczniczego i zapobiegawczego badałem tatkże wpływ naświetlonej ergosteryny na zwierzęta zdrowe, trzymane na karmie normalnej, nadto dla porównania z wynikami otrzymanemi po stosowaniu vigantolu, podawałem zwierzętom krzywiczym lub zagrożonym krzywicą, tran. Czas trwania obserwacyj był umyślnie długi, aby można było zauważyć wszelkie ujawniające się zaburzenia i zmiany, zwłaszcza następowe, późne; eksperymenty trwały tedy 2 do 5, a nawet do 7 miesięcy i dłużej.

Wyniki l e c z n i c z e g o ż y w i e n i a szczurów przez dodanie vigantolu do karmy sprowadzającej krzywicę były następujące:

Działanie vigantolu na zmiany krzywicze kości było bardzo wybitne. Już po pierwszych 10-ciu dniach stosowania widać było w rentgenogramach, że uwapnienie kości jest lepsze, że w obrębie nasad kości, w szerokiej przed leczeniem warstwie chrząstkowej, występują zmętnienią, świadczące o odkładaniu się wapnia, że warstwa ta zwęża się i staje się ostro ograniczoną. Rysunek kości przybiera charakter prawidłowy, zarysy kości odcinają się ostro od otaczającej tkanki.

U wszystkich zwierząt, którym podawałem vigantol stwierdziłem albo prawie zupełne wyleczenie, albo znaczną poprawę sprawy. A zatem proces krzywiczy w kościach niewątpliwie leczył się pod wpływem stosowania vigantolu; u zwierząt kontrolnych otrzymujących w dodatku do karmy oliwę w takiej samej lub większej ilości, w jakiej używałem jej jako rozpuszczalnika vigantolu, nie było widać objawów leczenia się sprawy krzywiczej w kościach. Niemniej jednak okazało się, że vigantol nie wpływał korzystnie na upośledzony przez krzywicę wzrost zwierząt, a ich stan poprawiał się tylko przemijająco; szczury otrzymujące vigantol były może bardziej od innych ruchliwe, ale przyrost wagi był nieznaczny, a co ważniejsze, podawanie vigantolu nie zapobiegało stosunkowo wczesnej śmierci zwierząt. Żyły one krócej, niż kontrolne, otrzymujące oliwę lub tran. Vigantol nie zapobiegał także wystąpieniu *Xerophthalmus*.

W e k s p e r y m e n c i e z a p o b i e g a w c z y m stwierdziłem, że szczury żywione karmą wywołującą krzywicę z dodatkiem vigantolu, wprawdzie zmian kostnych charakterystycznych dla krzywicy nie miały, ale rosły wolniej, ważyły mniej i ponadto zaś żyły krócej, aniżeli kontrolne, trzymane na tejże karmie bez żadych dodatków lub z dodatkiem oliwy.

Wyniki powyższe wskazują, że vigantol zmiany kostne w krzywicy usuwa, albo ich powstawaniu zapobiega, nie wywiera jednak korzystnego wpływu na ustrój zwierząt krzywiczych, czy też krzywicą zagrożonych; upośledzenie wzrostu, obniżenie wagi i zmiany oczne nie ustępują, a przy oglądaniu rentgenogramów ma się wrażenie, że wskutek zbyt szybko postępującego odkładania się soli mineralnych w schorzałych kościach, proces ich wzrostu na długość kończy się wcześnie, a zmiany się niejako stabilizują. Przedewszystkiem jednak na podkreślenie zasługuje fakt, że zwierzęta otrzymujące vigantol w karmie żyją krócej, aniżeli zwierzęta nie otrzymujące tego leku. Wcześniejszą śmierć zwierząt otrzymujących vigantol można przypisać jedynie jakiemuś szkodliwemu działaniu tego preparatu w tych szczególnych warunkach, w jakich jest ustrój zwierzęcia w awitaminozie, przekonałem się bowiem, że vigantol podawany szczurom zdrowym wraz z karmą normalną szkody im nie przynosi.

Działanie vigantolu było tedy tylko częściowe i tylko w pewnym zakresie korzystne. Trwałego, korzystnego wpływu vigantol w eksperymentach tych nie wywarł.

Doświadczenia moje wskazują z jednej strony na konieczność dużej ostrożności i uwagi w stosowaniu vigantolu nawet w małych dawkach, gdyż szkodliwość małych, leczniczych dawek zupełnie wyraźnie się zaznaczyła, głównie przez skrócenie życia zwierząt naświetloną ergosteryną leczonych; z drugiej zaś strony wskazują one na potrzebę podawania wraz z czynnikiem działającym przeciwkrzywiczo witaminu wzrostowego, jakiego naświetlona ergosteryna oczywiście nie zawiera. Być może bowiem, że przyczyną spostrzeganych zaburzeń obok niewyjaśnionego toksycznego działania vigantolu, stało się także zamącenie właściwego, prawidłowego wzajemnego stosunku poszczególnych witaminów w karmie, na co wspólnie z P e l c z a r e m przed kilku laty zwracałem uwagę.

Jakkolwiek tedy, jak się okazało z moich badań, naświetlona ergosteryna działa przeciwkrzywiczo silniej, aniżeli tran, to przeprzecież wydaje się pewnem, że ze względu na ogólny wpływ na wzrost i rozwój ustroju, zwyczajny tran jest w pewnych warunkach nie do zastąpienia, jednoczy bowiem w sobie oba potrzebne ustrojowi czynniki, przeciwkrzywiczy i wzrostowy, i to w stosunku właściwym, trudnym do sztucznego odtworzenia.

Nie jest jeszcze sprawą wyjaśnioną jakim czynnikom należy przypisać szkodliwe działanie vigantolu, czy innych preparatów, zawierających naświetloną ergosterynę. W pierwszym rzędzie możnaby myśleć o szkodliwem działaniu nadmiernie wysokich dawek; jeśli jednak weźmie się pod uwagę wyżej podane spostrzeżenia o szkodliwości dawek małych, to należałoby przyjąć, że naświetlona ergosteryna sama przez się działa toksycznie, powodując opisane wyżej zmiany sklerotyczne i zwyrodnienie organów miąższowych.

Wielu badaczów, jak S e e l, H e u b n e r, H o t t i n g e r, R a m b e r g e r i in. uważają za przyczynę trującego działania naświetlonej ergosteryny, zmiany jakie powstają w ergosterynie pod wpływem naświetlania, zwłaszcza naświetlania stosowanego przez zbyt długi okres czasu i w atmosferze tlenowej. P o h l na podstawie badania widm absorbcyjnych naświetlonej ergosteryny stwierdził, że w toku naświetlania powstają przynajmniej dwie nowe substancje, o nieznanem zupełnie działaniu. H o t t i n g e r nie przypuszcza, by wytwarzająca się przy naświetlaniu trucizna była identyczna z czynnikiem przeciwkrzywiczym. Środki utleniające, jak to wynika z badań S. L o e w e g o, szczególniej zaś nadtlenki (n. p. dwutlenek wodoru, nadtlenek benzoilu) mają własność sprowadzania zmian patologicznych w naczyniach; nadtlenek ergosteryny ($C_{27}H_{42}O_3$), powstający obok innych produktów przy jej naświetlaniu w atmosferze tlenowej, wbrew spodziewaniu, jak o tem świadczą badania H e u b n e r a i H o l t z a, okazał się substacją obojętną i nie powodował zmian w tętnicy głównej królików, mimo podawania dużych dawek tego nadtlenku (20 mg dziennie).

E. H e s s e uważa, że wszystkie lipoidy, zwłaszcza steryny, mogą działać toksycznie, zależnie od sposobu podania.

Niektórzy badacze, jak D e g k w i t z, G y ö r g y, B a h l i in. skłonni są znowuż przypuszczać, że toksycznie działają tylko produkty rozkładu samego rozpuszczalnika naświetlonej ergosteryny, to jest oliwy. Jak tedy z tych uwag wynika, sprawa ta nie jest jeszcze rozwiązana i rzeczą dalszych poszukiwań będzie wykrycie tego trującego ciała.

IV.

Na możliwość szkodliwego działania naświetlonej ergosteryny w ustroju dziecięcym, pierwszy zwrócił uwagę D e g k w i t z, zupełnie niezależnie od badań na zwierzętach w tym kierunku prowadzonych. Sporadyczne przypadki biegunek po podawaniu vigantolu spostrzegał jeszcze przedtem P f a u n d l e r.

Badania D e g k w i t z a odnosiły się właściwie do dzieci gruźliczych, w wieku 1—11 lat, które reagowały na vigantol zaburzeniami nerkowemi (białkomocz, wałeczki szkliste i ziarniste, ciałka białe w moczu, upośledzenie czynnościowe nerek), mymiotami, utratą łaknienia i spadkiem wagi ciała. Stosowane przez Degkwitza i jego współpracowników dawki były jednak stanowczo za wysokie (20—30 mg dziennie). Dawki umiarkowane, w granicach około 4 mg dziennie u takichże dzieci szkodliwie nie działały (R o s e n s t e r n, L a n g s t e i n, W i e l a n d).

U dzieci krzywiczych leczonych vigantolem stwierdzano, w nielicznych zresztą przypadkach, brak jakiegobądź korzystnego wpływu (M a r f a n i in.) lub uderzająco wolne leczenie się *craniotabes* (V o l l m e r, A r o n), nadto stosunkowo często niestępowanie anemji, która zresztą nie należy do obrazu chorobowego krzywicy; wyraźne szkody, połączone ze zmianami anatomicznemi stwierdziło kilku autorów. P u t s c h a r u dziecka 5 i pół miesięcznego z dystrofją, które przez trzy miesiące otrzymywało dziennie 2 mg naświetlanej ergosteryny i zmarło wśród spadku wagi i wysokiej gorączki, znalazł na sekcji rozległe zmiany w nerkach, charakterystyczne dla zatrucia vigantolem: P o r e z u dziecka 16 mies. z wybitną krzywicą stwierdził po dawkach około 8 mg vigantolu dziennie wystąpienie wymiotów, biegunek, utratę łak-

nienia, senność i wychudzenie; n. b. objawy krzywicy prawie całkowicie ustąpiły, a po odstawieniu leku objawy zatrucia szybko minęły. Zaburzenia nerkowe spostrzegał także Ramberger, Gruber i Aschoff stwierdzili na sekcjach złogi wapnia w nerkach i nekrozy mięśniowe w zwłokach osesków leczonych vigantolem.

Znacznie więcej spostrzeżeń świadczy jednakowoż o nieszkodliwości naświetlonej ergosteryny, z tem zastrzeżeniem, że używano jej w małych dawkach, przez krótki czas i nader ostrożnie, wśród ciągłej obserwacji chorych (Buschmann, Orgler, Sim Ki Ay, Langstein, Wieland, Bahl, Wiskott im.).

Spstrzeżeń leczniczych polskich ogłoszono, o ile mi wiadomo, niewiele. W klinice pedjatrycznej Uniw. Wileńskiego stosowano vigantol w kilku przypadkach z zachęcającym wynikiem (Makower-Szadowska); bliższych szczegółów brak do tej pory.

Na oddziele chorych Domu Wychowawczego im. Ks. Boduena w Warszawie, pozostającego pod kierownictwem Dra Zembrzuskiego, stosowano vigantol zarówno leczniczo, jak też i zapobiegawczo, w dawkach 1—4 mg dziennie, poczynając w pierwszym tygodniu leczenia od 1 mg i stopniowo podnosząc dawkę co tydzień. Leczenie trwało 4 tygodnie (3, 5, 8, 10 kropli w każdym z tygodni), poczem po przerwie 2-tygodniowej całe czterotygodniowe leczenie ponawiano. Takie dwukrotne leczenie przeszło ogółem 46 niemowląt. Wyniki stosowania vigantolu u 16 dzieci z typowemi zmianami krzywiczemi, w różnych okresach choroby, były naogół korzystne. W trzech przypadkach zanik kości czaszki *(craniotabes)* ustąpił po dwóch tygodniach podawania leku, ząbkowanie u wszystkich dokonywało się szybciej, aniżeli u dzieci vigantolu nie otrzymujących, napięcie tkanek zwiększało się, łaknienie w okresie podawania leku znacznie się podnosiło, przyrost wagi ciała był bardziej wybitny; dzieci były bardziej ruchliwe, dzieci przedtem bezwładnie leżące podnosiły się o własnych siłach, nastrój dzieci znacznie się poprawił. W czterech przypadkach u dzieci 7—8 miesięcznych zniekształcenia kości mimo leczenia vigantolem utrzymały się.

Wikłające krzywicę nieżyty oskrzeli (kilka przypadków), leczyły się szybciej, aniżeli u dzieci nieleczonych vigantolem, w jednym przypadku odoskrzelowego zapalenia płuc o bardzo ciężkim przebiegu, u dziecka po 8-tygodniowem leczeniu vigantolem, przyszło do wyleczenia, a okres zdrowienia przy dalszem podawaniu vigantolu znacznie się przyśpieszył.

U 30 niemowląt stosowano vigantol dla celów zapobiegawczych. Były to dzieci karmione naturalnie, przeważnie jednak sztucznie dokarmiane; vigantol podawano im między 3 a 5-tym miesiącem życia. Dzieci te mają obecnie 15 miesięcy do 2 lat, od krzywicy nie udało się wszystkich uchronić, ale przebyły ją nader lekko, niektóre wcale na krzywicę nie zapadły; dzieci te rozpoczęły chodzić we właściwym czasie, zniekształceń kości nie mają.

Vigantol podawano również dzieciom dystroficznym, oprócz odpowiedniej djety leczniczej; były wśród nich dzieci, które przebyły krztusiec, odrę, oraz zaburzenia przewodu pokarmowego. W sześciu takich przypadkach spostrzegano wybitną poprawę: dzieci te powracały do stanu normalnej wagi i wyglądu, szybciej aniżeli dzieci jedynie dietycznie prowadzone.

Dane powyższe otrzymałem od p. Dr. Pawłowskiej, lekarki Domu Wychow. w Warszawie, za co jej na tem miejscu szczerze dziękuję.

Groer i Chwalibogowski wspominają o leczeniu vigantolem mimochodem, zalecając stosowanie kąpieli kainitowych w leczeniu krzywicy, szczególnie w tych przypadkach, których nie można leczyć naświetleniami lampą kwarcową, które zatem musi się leczyć naświetloną ergosteryną. Kąpiele kainitowe mają tutaj zastąpić bardzo pożądany i pożyteczny czynnik ergotropowy naświetlań prom. ultrafioletowemi.

Trudną sprawę wyboru takiego sposobu leczenia, aby nie powodować szkód, które mogłyby się nawet narazie nie ujawnić, posunęły znacznie naprzód ku względnie pomyślnemu jej rozwiązaniu badania Hessa. Hess stwierdził, że nawet mniejsze dawki naświetlonej ergosteryny, 0,5—5 mg dziennie, prowadzą w krótkim czasie do hipercalcemji, z reguły utajonej, przebiegającej bez objawów klinicznych, objawiającej się jednak niekiedy utratą łaknienia, bladością, wymiotami, spadkiem wagi ciała a czasem i podrażnieniem nerek. Cały ten zespół objawów podobny jest zdaniem Hessa do zaburzeń spotykanych w hipercalcemji powstałej po podaniu dużych dawek hormonu grucz. przytarczycznych, to też Hess uważa to zaburzenie w przemianie wapnia za typową cechę hiperwitaminozy.

W związku z tem podjął György zasadniczą rewizję wysokości używanych dawek naświetlonej ergsteryny. Stwierdził on przedewszystkiem słuszność spostrzeżeń poczynionych na dzieciach gruźliczych, były one bowiem jakby szczególniej na działanie naświetlonej ergosteryny wrażliwe. Dawki 2—4 mg dziennie znosiły dzieci dobrze i bez żadnych klinicznie dostrzegalnych zmian, dopiero po dawkach dziennych około 8 mg występowały w krótkim czasie zaburzenia opisane przez Degkwitza. Zaburzenia te, zdaniem György'ego, cechują się raczej objawami ogólnemi zatrucia, jak wymiotami, utratą łaknienia, zatrzymaniem przyrostu lub ubytkiem wagi ciała, aniżeli objawami ze strony nerek, które nie są stałe. Przerwanie podawania vigantolu w krótkim czasie prowadziło do ustąpienia objawów, ponowne podanie do ich nawrotu.

Następnie w związku z wynikami badań uczonych angielskich nad stosowaniem małych dawek naświetlonej ergosteryny podjął György dalsze badania, w których podawał niemowlętom z *rachitis florida* dawki vigantolu umyślnie małe, 0,2—0,8 mg dziennie; na podstawie uzyskanych rezultatów przyszedł do przekonania, że *dawkę maksymalną dla niemowląt i małych dzieci należy ustalić w wysokości 1 mg naświetlanej ergosteryny dziennie* (10 mg = 25 kropel vigantolu).

György uważa, że przebieg leczenia będzie w tych warunkach wolniejszy, ale bardziej pewny. W przypadkach ciężkiej krzywicy, oraz w tężyczce, radzi stosować wyjątkowo i przez krótki czas dawki 2—3 mg dziennie.

Jak z powyższego przedstawienia rzeczy widać, postęp w obniżeniu dawki leczniczej dokonał się znaczny, granica między nią a dawką toksyczną ustaloną dla dziecka o wadze 6—7 kg na 10 mg dziennie (Wiskott) jeszcze bardziej się zwiększyła: wobec niemożności dokładnego określenia wartości leczniczej [1]) poszczególnych preparatów, która to wartość jest niestała i zmienna, nie wydaje się możliwem, by ryzykując niebezpieczeństwo sprowadzenia szkodliwych następstw, stosowano i nadal dawki wyższe od podanych przez György'ego.

W związku z tem trzeba pamiętać, *że sposób podawania leku, umieszczony w drukowanych prospektach fabrycznych, w szczególności zaś jego dawkowanie, nie odpowiada wyżej określonym zasadom, należy zatem bardzo dokładnie pouczać o wysokości dopuszczalnych dawek te osoby, które lek będą dziecku podawać.* Zdarzały się już wypadki, że rodzice z własnej inicjatywy, wbrew wskazówkom lekarza, przez naiwną gorliwość, podawali dawki vigantolu 4-krotnie większe, niż zalecono

Co się tyczy czasu trwania leczenia, to Wieland określa go na 6 tygodni, Marfan zaleca natomiast 3 leczenia po 20 dni z przerwami 15-dniowemi; Huguenin słusznie podkreśla, że pośpiech przy leczeniu absolutnie nie jest wskazany, gdyż zbyt szybka mineralizacja mogłaby sprowadzić ustalenie się zniekształceń.

Degkwitz wyraża zapatrywanie, podzielane zresztą przez wielu innych badaczów, że w czasie stosowania naświetlanej ergosteryny dzieci winny być pod stałą obserwacją lekarską.

Zdania co do sposobu unieszkodliwienia vigantolu dosyć są podzielone, naogół przeważa jednak tendencja, by podczas leczenia podawać chorym równocześnie wapń i fosfor (Aron, Aschoff, Gill).

Prócz stosowania vigantolu w krzywicy radzą niektórzy badacze podawać ten preparat w rozmiękczeniu kości właściwem i fizjologicznem, w ciąży (Hottinger, György, Starlinger, Strote, Lasch), oraz w tężyczce dorosłych. Regnier uważa za wskazane leczenie vigantolem kombinacji rozmiękczenia kości lub krzywicy z *ostitis fibrosa generalisata.* Coenen stosował vigantol w *osteodystrophia fibrosa.*

---

[1]) Podano kilka sposobów oceny wartości leczniczej preparatów naświetlonej ergosteryny. Są to przeważnie sposoby biologiczne, gdyż tylko kontrola biologiczna może dać pewność, że aktywność przeciwkrzywicza danego preparatu jest zachowana (Lesné — Clément). Metody Poulsson'a, Coward'a, György'ego opierają się na zasadzie wyniku leczniczego: badaną substancję podaje się przez pewien określony przeciąg czasu i to w różnych stężeniach szczurom krzywiczym i stwierdza się jej wpływ leczniczy (Coward dla porównania posługuje się preparatem ustalonym o znanej skuteczności, Poulsson bada rentgenologicznie, György bada ponadto zawartość fosforu w surowicy krwi). Coward określa wartość leczniczą według „jednostek przeciwkrzywiczych", György ustala tylko dawkę najmniejszą, która leczy krzywicę szczurów w 10 dniach.

Niedawno podana metoda Schennert'a-Schieblicha opiera się natomiast na ustaleniu w eksperymencie zapobiegawczym takiej dawki, która chroni od krzywicy młode szczury postawione na przeciąg 14 dni na karmę sprowadzającą krzywicę (Mc Colluma). Najniższa skuteczna dawka zawiera jednostkę ochronną przeciwkrzywiczą (SED = Schutzeinheit für vit. D.), na czem można oprzeć obliczenie jednostek klinicznych.

Na leczenie się szybsze złamań kości zdaje się vigantol nie mieć zupełnie wpływu (Hellner, Vara-Lopez), wbrew opinjom niektórych innych badaczów (Wiskott).

Podawanie vigantolu w innych sprawach chorobowych doprowadziło do ciekawych wyników. Stwierdzono, że vigantol przyśpiesza krzepnięcie krwi (Selye, Regnier), mółby być zatem stosowany w krwawiączce i krwotokach, że korzystnie wpływa wraz z djetą wątrobianą na niedokrwistość złośliwą (Rosenow, Lasch), że poprawia łaknienie, powoduje przyrost wagi i poprawia ogólne samopoczucie u chorych ginekologicznych anemicznych i u położnic (Ertl i Hain), oraz u gruźliczych i neuropatów (Moro), że wreszcie działa korzystnie w leczeniu *asthma bronchiale* (Franke).

V.

Co się tyczy sprawy zapobiegania krzywicy, to trzeba podnieść, że nie przyjęły się zupełnie pomysły podjęcia szerokiej, społecznej akcji zapobiegawczej przeciwkrzywiczej zapomocą naświetlonej ergosteryny. Jest to oczywiście prostem następstwem omówionych wyżej badań, które świadczą, że naświetlona ergosteryna nie jest lekiem obojętnym i musi być umiejętnie stosowaną. Dlatego też podnoszą się obecnie kategoryczne sprzeciwy przeciw próbom popularyzowania tej metody leczniczej, przyczem niektórzy badacze domagają się także, aby lek sprzedawano wyłącznie na podstawie recepty lekarskiej (Wieland, Fischl-Epstein, Pfaundler, Husler).

Nic tedy dziwnego, że dla celów zapobiegawczych często obecnie na pierwszem miejscu wymienia się bezpośrednie naświetlania ciała lampą kwarcową, jako, że działa ona bardziej łagodnie (Pfaundler), następnie często bywa zalecanem mleko naświetlane albo mleko z dodatkem vigantolu, jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że zarówno z uwagi na silne działanie przeciwkrzywicze, jak też i ze względów ekonomicznych i socjalnych, naświetlona ergosteryna mogłaby w akcji zapobiegawczej oddać duże usługi.

Świadczą o tem zarówno eksperymenty na zwierzętach, jak i liczne kliniczne spostrzeżenia.

Okazało się mianowicie, że podawanie szczurom mleka kobiet, u których podczas ciąży stosowano vigantol, jakoteż podawanie im wprost vigantolu (podczas ciąży i w I. okresie laktacji) zapobiegało wystąpieniu krzywicy u młodych (Guggisberg), podobnie działało naświetlanie samic karmiących, lampą kwarcowa (Falkenheim).

Naświetlanie krów lampą kwarcową nie wpływało wyraźnie na zwiększenie się własności przeciwkrzywiczych ich mleka (Falkenheim, v. Bruck-Biesok, C. Pirquet i R. Wagner). Stwierdzono również w eksperymencie na zwierzętach, że dopiero w następstwie podawania kobietom ciężarnym lub karmiącym vigantolu działanie przeciwkrzywicze ich mleka wybitnie się zaznaczało. Jak wiadomo, pokarm zawiera mniej czynnika przeciwkrzywiczego, aniżeli mleko krowie. Wskutek podawania vigantolu czynnik przeciwkrzywiczy, jak się okazało, bezpośrednio i szybko dostawał się do wydzieliny gruczołu mlecznego (Adam, Eufinger-Wiesbader-Focsaneanu, Guggisberg).

Zważywszy, że rodzaj pożywienia matki wpływa na rozwój płodu, a później i na skład pokarmu, możnaby oseski chronić przed krzywicą przez podawanie vigantolu matkom, zwłaszcza podczas mesięcy jesiennych i zimowych. Szczególnie duże znaczenie miałaby ta okoliczność dla dzieci żyjących w niekorzystnych warunkach lub tylko częściowo piersią karmionych. Z tych założeń wychodząc Reumer i Falkenheim radzą podawać vigantol kobietom ciężarnym i karmiącym. Vogt na podstawie obserwacyj klinicznych doszedł do przekonania, że dodawanie do pożywienia ciężarnych tranu sprzyja rozwojowi płodu *i zapobiega obumieraniu dzieci w łonie matki.* Dodawanie do pożywienia vigantolu podczas całego okresu trwania ciąży albo też preparatu drożdżowego wpływa korzystnie na wagę ciała matki, wagę dziecka i na karmienie. Podobnie korzystnie na stan ciężarnych i karmiących oraz na stan ich dzieci działało naświetlanie tych kobiet lampą kwarcową. Pokarm pod względem chemicznym nie zmieniał się na niekorzyść, a zawartość witaminów znacznie się w nim zwiększyła (Hirsch-Kaufmann i Wiener).

Gdy, jak z powyższego widać, podawanie vigantolu matkom bardzo korzystnie wpływało na rozwój potomstwa, to już podawanie vigantolu niemowlętom we wczesnym okresie ich życia nie zawsze dawało dobre wyniki. Hottinger stwierdza, że niemal z reguły nawet duże dawki naświetlonej ergosteryny nie mogły zapobiec powstaniu krzywicy u wcześniaków. Być może, że podawanie leku rozpoczynano zbyt późno; gdy Gehrt zaleca stosować vigantol w 2-gim miesiącu życia, to Vogt podaje go już dzieciom donoszonym zaraz po urodzeniu w dawkach 1 — 4 mg (!), dzieciom zaś wątłym i słabym podaje 1—2 kropli co dwa dni. Traktując w ten sposób około 80 dzieci nie spostrzegał Vogt żadnych zmian czy zaburzeń; początkowy fizjologiczny spadek wagi był mniejszy, powrót do wagi wyjściowej był szybszy, dalszy przyrost wagi był równomierny, także i u sztucznie żywionych, stan ogólny poprawiał się.

Vollmer zaleca stosować dla celów profilaktycznych u wcześniaków dawki niższe, 1 mg naśw. ergosteryny dziennie.

György uważa *za całkwicie wystarczające dla tych celów dawki od 0,1 do 0,5 mg dziennie.*

Sprawa użycia dla celów zapobiegawczych naświetlonego mleka krowiego, albo też mleka z dodatkiem naśw. ergosteryny lub różnych przetworów mlecznych (ultractina (Goebel), guigoz, carnolactin (Hahn), wiko) jest bardzo sporna, szczególniej od czasu, kiedy naświetlanie mleka sposobem Scholla chroni je od nieprzyjemnej zmiany smaku.

Wprawdzie wyniki eksperymentalne Falkenheima przy stosowaniu naśw. mleka szczurom były doskonałe a i spostrzeżenia lecznicze wielu badaczów zdają się świadczyć korzystnie o tym sposobie (Mouriquand i współpracownicy, Scheer, Wieland, Langstein i in.) to jednak przeciw użyciu naświetlonego mleka inni badacze podnoszą zbyt poważne i uzasadnione zarzuty, by można je było pominąć. Reyher, Schoedel i in. obawiają się nietylko tego, że przy naświetlaniu rozkładają się witaminy B i C w mleku, ale że ponadto mogą występować jakieś produkty wysoce trujące (stwierdzono w jednym przypadku obecność azotynów, których przed naświetlaniem w mleku nie było). Aron uważa, że żywienie małych dzieci mlekiem krowiem, zwłaszcza przekarmienie tem mlekiem, nie powinno być praktykowane, gdyż używanie mleka krowiego właśnie może krzywicę wywołać. Mleko krowie ma skład białek i soli mineralnych niekorzystny i nieodpowiedni dla niemowląt (Wassermeyer). Stoeltzner stwierdza, że naświetlone mleko działa przeciwkrzywiczo słabo, że nie można dokładnie go dawkować, że prócz substancji czynnej zawiera inne w skomplikowanym związku a nadto, że zaopatrzenie w takie mleko byłoby trudne i drogie; badacz ten podobnie jak i Degkwitz stanowczo wypowiada się za użyciem i to wyłącznem naświetlonej ergosteryny.

Niektórzy badacze radzą dla celów profilaktycznych, a także i leczniczych używać wytworów tranu czy żółtka kurzego, których skuteczność przeciwkrzywiczą stwierdzili: maltosellol (Jochims), ossin, wikosan (polski, z przepisu Funka sporządzony), heliocitin (Steudel), lecitin-perdynamin (Fuchs), wreszcie naturalne niezmienione żółtko kurze (Hess) lub suszone i naświetlone żółtko (Rohr i Schultz). Preparaty żółtkowe, przez obecność lecytyn mogą wpływać korzystnnie na wzrost (Hesse).

Słusznie jednak Aron zaznacza, że mimo znacznego postępu w leczeniu krzywicy, najlepszym sposobem zapobiegania jej pozostało i nadal karmienie piersią, podanie w porę pożywienia mieszanego, nieprzekarmianie mlekiem krowiem, staranna i troskliwa opieka, zapewnienie higjenicznych warunków mieszkaniowych, pobyt na świeżem powietrzu i insolacja.

Powyższy przegląd pewnej części spostrzeżeń nad działaniem naświetlonej ergosteryny w leczeniu krzywicy, z uwzględnieniem ważniejszych wyników eksperymentów na zwierzętach, wskazuje, że w obecnym stanie rzeczy niema powodu unikać stosowania leku o tak wybitnem działaniu, jakim jest naświetlona ergosteryna.

Trzeba jednak zauważyć, że szczególniej na terenie zapobiegania krzywicy, na którym naświetlona ergosteryna może być użyta z największym pożytkiem, należy ją stosować nadzwyczaj ostrożnie i umiarkowanie, nie wypuszczając pacjentów z pod swojej obserwacji.

Należy oczekiwać, że dalsze badania pozwolą nietylko bardziej ściśle dawkować ten nieobojętny, jak się okazuje, preparat, ale może i szkodliwości grożące z jego strony zupełnie opanować lub usunąć.

Badania eksperymentalne autora zostały wykonane z zasiłku udzielonego Zakładowi Patologji Ogólnej i Eksperymentalnej U. J. przez Instytut Serologiczny Prof. Nowaka.

Piśmiennictwo.

A. Adam: Kl. W. 1927, 27, 1289; 1928, 38, 1825. — J. Aengenendt: M. m. W. 1928, 44. — H. Aron: Kl. W. 1928, 51, 2444. — Aschenheim u. Remscheid: M. m. W. 1923, 8. — Aschoff: M. Kl. 1929, 17, 675. — E. Bahl: Kl. W. 1929, 6, 263; ref. Gaz. lek. 1929, 15, 284. — Ph. Bamberger: ref. M. Kl. 1929, 15, 595. — H. Behrendt u. J. Berbrich: M. m. W. 1928, 50, 2134. — H. Beumer: Kl. W. 1927, 29, 941; 37, 1749. — H. Beumer u. C. Falkenheim: Kl. W. 1927, 17, 798. — S. Bommer: Kl. W. 1926, 20—21. — Bruck-Biesok, C. Pirquet, R. Wagner: Kl. W. 1927, 20, 952. — H. Buschmann: ref. Kl. W. 1928,

40, 1930. — M. Bürger: Erg. inn. Med. 1928, 34, 583. — R. Clément: Pr. méd. 1926, 47, 740. — H. Coenen: M. Kl. 1929, 14. 542. — R. Degkwitz: M. m. W. 1928, II, 1631; ref. Kl. W. 1928, 50, 2415. — Dejust, Dureuil, v. Stolk: Pr. méd. 1928, 64 1016. — F. Ertl u. A. Hain: M. m. W. 1928, II, 2098. — Falkenheim: M. Kl. 1929, 11, 437. — R. Fischl u. B. Epstein: M. Kl. 1929, 21. — Franke: Therap. d. Geg. 1929, 4. — P. Frick u. A. Uffenheimer: M. m. W. 1927, 30, 1265. — A. Fuchs: M. Kl. 1929, 12, 464. — J. Gehrt: ref. ref. Kl. W. 1928, 46, 2218. — C. Giaume: ref. Pr. méd. 1929, 41, 75. — S. A. Gil: ref. M. Kl. 1929, 3, 119. — R. Goldschmidt: D. m. W. 1928, 46. — F. Goebel: Fortschr. Therap. 1926, 23. — Groer Fr. i A. Chwalibogowski: Gaz. lek. 1929, 7, 117. — H. Guggisberg: Kl. W. 1929. 19, 906. — P. György: Klin. W. 1927, 13, 580; 1928, 48, 2315; 1929, 15, 684; 1929, 17, 667. — F. V. Hahn: ref. Klin. W. 1928, 46, 2217. — H. Hellner: ref. Klin. W. 1928, 49, 2365. — A. F. Hess: Ber. Phys. 1923, 21, 229. — E. Hesse: M. Kl. 1929, 1, 31. — W. Heubner: Kl. W. 1929, 9 407. — W. Heubner u. F. Holtz: Kl. W. 1929, 10, 456. — H. Hirsch-Kaufmann: u. C. Wiener: Kl. W. 1929, 21, 984. — F. Holtz: Kl. W. 1927, 12, 535; D. m. W. 1927, 53, 17. — Hottinger: ref. M. Klin. 1929, 11. 437; Kl. W. 1929, 18, 855. — H. Hufnagel: Now. lek. 1928, 6, 202. J. Huguenin: Pr. méd. 1929, 30, 490. — Husler: ref. Kl. W. 1928, 45, 2177. — J. Jochims: ref. Kl. W. 1929, 13, 612. — S. Karasiński: C. R. m. d. séances de la cl. d. sc. mathém. et natur. 1929, 1, 7; Spraw. Pol. Akad. Um. 1929. T. XXXIV, 1, 12; Now. lek. 1929, 9, 257; Journ. Phys. 1929, 27, 2. — O. Kestner: ref. Kl. W. 1926, 5, 198. —H. Knauer: ref. Kl. W. 1929, 16, 754. — S. Kramsztyk: W. Czas. lek. 1929, 10—11. — H. Kreitmair u. Th. Moll: M. m. W. 1928, 15, 637; Kl. W. 1928, 40, 1930. — L. Langstein: M. Kl. 1929, 3, 93. — F. Lasch: Kl. W. 1928, 45, 2148. — R. Vara-Lopez: ref. Kl. W. 1929, 14, 663. — E. Lesné et R. Clément: Pr. méd. 1928, 79, 1254; 1929, 9, 143. — Marfan M. et Dollfus-Odier: Pr. méd. 1929, 30, 488. — Moll: Kl. W. 1929, 8, 366. — H. Moro: ref. Kl. W. 1928, 46, 2218. — G. Mouriquand, A. Leuffer, M. Bernheim et J. Schoen: Pr. méd. 1928, 14. — Orgler: Kl. W. 1927, 32, 1501; 1928, 50, 2415. — W. Pfannenstiel: M. m. W. 1928, 26, 1113; ref. Kl. W. 1928, 46, 2218. — Pfaundler: M. m. W. 1927, 16; ref. Kl. W. 1928, 45, 2177. — M. Porez: Pr. méd. 1923, 31, 610. — Prinke: Kl. W. 1927, 35, 1644. — Putschar: Kl. W. 1929, 18, 858. — C. R. H. Rabl: M. Kl. 1929, 7, 278. — H. Regnier: ref. M. Kl. 1929, 1, 42. — Reyher: Kl. W. 1926, 17; 1927, 10; 1927, 13. — Rietschel: ref. Kl. W. 1928, 47, 2273. — Ritter: ref. Now. lek. 1923, 4, 238. — Rohr u. Schultz: Klin. W. 1927, 2, 64; 1927, 18. — G. Rosenow: Kl. W. 1927, 33, 1560. — Rosenstern: Kl. W. 1928, 50, 2415. — Rosenbaum: ref. Kl. W. 1928, 46, 2225. — K. Scheer: Kl. W. 1928, 30, 32, 46; 1929, 3, 121. — A. Scheunert u. Schieblich: Kl. W. 1929, 15, 21. — Schittenhelm u. B. Eisler: Klin. W. 1928, 24, 1118. — Schmidtmann: M. Klin. 1929, 17, 657; ref. C. f. Pathol. 1928, 43, 8. — J. Schoedel: Kl. W. 1928, 32, 1527 — Schönen: ref. M. Kl. 1929, 16, 631. — Schur, Nickau cyt. Rosenberg: Gaz. lek. 1926, 5, 115. — Seel: Kl. W. 1929, 7, 331. — H. Selye: M. Kl. 1928, 50, 1899; Kl. W. 1928, 39, 1891; ref. Kl. W. 1929, 9, 428. — Sim Ki Ay: C. R. d. séanc. de la sc. de Biol. 1928, 98, 4, 276. — H. Simonnet et G. Tanret: C. R. d. la Soc. de Biol. 1929, 100, 8, 548; Pr. méd. 1929, 29, 469. — H. Steudel: Kl. W. 1929, 18, 831. — W. Stoeltzner: M. m. W. 1929, 22, 920. — H. Strote: Kl. W. 1928, 3, 114. R. Makower-Szadowska: Pam. Wil. Twa lek. 1928, IV 4, 174. — E. Vogt: Kl. M. 1928, 41, 1941; M. m. W. 1928, 17. — H. Vollmer: M. m. W. 1923, 6; Kl. W. 1927, 1, 17; 1928, 30, 1436; Zeitschr. f. Kindhkde, 1928, 41, 205. — H. Wassermeyer: Kl. W. 1928, 12, 529. — J. Weinmann: Kl. W. 1929, 18, 841. — G. Wendt: ref. Kl. W. 1928, 32, 1527. — Wieland: Kl. W. 1929, 18, 854. — Windaus: M. m. W. 1927, 8, 345; Kl. W. 1927, 14, 666. — Wiskott: M. m. W. 1928, 34; ref. Kl. W. 1928, 45, 2177. — S. Wurzinger: Kl. W. 1928, 39, 1859. — T. F. Zucker a. M. Barneth: Ber. Physiol. 1923, 21, 57.

Dr. J. LENCZOWSKI, st. asystent Kliniki. Lwów.

Przebieg porodu i połogu u chorych kiłowych.

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. K. Bocheński.

W miarę rosnącego uświadamiania doniosłej roli kiły dla zdrowia i pomyślnego rozwoju ludzkości, zaznacza się wzrost zainteresowania się kiłą wrodzoną, a w szczególności kiłą matki i dziecka. W ostatnich 20 latach sprawą tą zajęły się niezmiernie żywo zakłady położnicze, jako instytucje mające najbliższą styczność z rodzącą i noworodkami. W piśmiennictwie bieżącem roi się wprost od artykułów poświęconych omawianej dziedzinie. Przedewszystkiem szeroko są dyskutowane sprawy wczesnego rozpoznania kiły wrodzonej dziecka, leczenia jej, oraz wykrycia kiły utajonej matki. Natomiast zupełnie zostało pominięte inne zagadnienie mające znaczenie przedewszystkiem dla położnika, a mianowicie wpływ kiły na przebieg porodu i połogu.

W czasach dawniejszych przed wprowadzeniem odczynu Wassermanna i przed wykryciem krętka bladego sprawa porodu, a zwłaszcza połogu w kile stanowiła dosyć żywy temat na łamach pism położniczych. Nie potrzebuję dodawać, że rozpoznawano kiłę naówczas tylko w przypadkach wyraźnych objawów klinicznych, pozostawiając na uboczu kiłę utajoną. Nic dziwnego przeto, że pod tym względem w pracach dawniejszych istnieje poważna luka, gdyż zupełnie pominięto kiłę bezobjawową. Jeśli nadmienić pozatem, że były to czasy, w których zasady aseptyki i prowadzenie III. okresu porodowego odbiegały zasadniczo od obecnie obowiązujących poglądów i przepisów, to stanie się zrozumiałem, jak ostrożnie należy oceniać wnioski, do jakich autorzy owych czasów dochodzili.

Autorzy ci badali przebieg połogu nie tyle w przypadkach kiły, ile po urodzeniu płodów zmacerowanych. Obecnie jednak wiemy jak znaczną rolę w etjologji obumarcia płodów w ciąży odgrywa kiła. (Albers-Schönberg 75%; Seitz 75%, Stäger 60%; Jaeger 85%). Wobec powyższego możemy prace dawniejsze, odnoszące się do przebiegu porodu i połogu w przypadkach płodów zmacerowanych bez popełniania większych błędów przenieść na kiłę, jako najważniejszy czynnik etjologiczny obumierania płodów w ciąży.

Z pomiędzy autorów, jako pierwszego, którego zainteresował przebieg porodu w kile, należy uważać Hueter'a. Autor ten obserwował połóg po porodach płodów zmacerowanych na klinice w Marburgu od 1833—1843 r. i nie spostrzegał przy tem żadnych powikłań; dalsze spostrzeżenia również przemawiały pozornie za brakiem jakiegokolwiek wpływu kiły na połóg. (Kilian, Chiari, C. Braun, Späth). Tylko wtedy, gdy wody odchodzą przedwcześnie i poród się przedłuża, nie rzadko przychodzi do gorączki. W przypadkach zaś, gdy płód obumiera w zamkniętym worku płodowym, może on leżeć w macicy całymi tygodniami, nie okazując szkodliwego wpływu na ustrój matki.

Przeciwnie, Martin wypowiada twierdzenie, że płody zmacerowane stwarzają szczególne niepomyślne rokowanie w połogu i usposabiają do powstawania zakażeń połogowych. Ferber również skłania się do myśli, że płody zmacerowane mogą prowadzić do zakażenia rodzącej. Według Hugenberger'a płody zmacerowane powodują w 29% chorobliwość, a w 10% nawet śmiertelność położnic. Ciężkie zapalenia macicy w połogu widzieli Winckel, Kiwisch, G. Braun. Zdaniem Schroedera połóg zależy od tego, czy w czasie porodu przedostały się drobnoustroje do worka płodowego, czy też nie, gdyż zasadniczo zdaniem jego płody zmacerowane nie wywierają żadnego szkodliwego wpływu na przebieg połogu.

Hiridoyen, śledząc za porodem i połogiem u 34 chorych kiłowych dwa razy widział krwawienia wskutek przyrośnięcia łożyska, raz rozległe pęknięcie krocza wskutek obrzęku, raz niepodatność szyji i dwa razy połóg gorączkowy.

Święcicki na 247 przypadków kiły, obserwowanej na klinikach w Królewcu i Dreźnie, w 157 stwierdził połóg prawidłowy, mimo brudnych odchodów i przykrej woni wód płodowych. U 17 położnic wystąpiło zapalenie gruczołu sutkowego, 7 razy krwawienia w połogu oraz stan gorączkowy. Kiła więc, zdaniem jego, niema wpływu ani na poród, ani na połóg.

Niektórzy autorzy starali się na podstawie większego materjału zebranego z piśmiennictwa, obliczyć chorobliwość położnic. I tak, Mewis na 324 przypadki podaje chorobliwość na 9,5% — Kothen na 358 przypadków, opisanych przed 40 laty, stwierdził prawie taki sam odsetek chorobliwości (9%). Utrzymany pęcherz płodowy nie zawsze chroni jamę macicy od zakażenia wskutek łatwej przepuszczalności błony (Boissard).

Gorące debaty wywołała sprawa, czy obecność samego płodu nieżywego w jamie macicy może powodować gorączkę. Doświadczalnie próbował sprawę tę rozstrzygnąć Klein. Autor ten wstrzykiwał wyciąg z płodów zmacerowanych królikom do jamy brzusznej, względnie żabom do worka chłonnego brzusznego i grzbietowego. Doświadczenia te zostały wykonane pod kontrolą jałowości pobranego materjału. Niektóre zwierzęta zginęły. Klein dochodzi do wniosku, że płody zmacerowane wytwarzają niewątpliwie ciała trujące, które mogą powodować występowanie gorączki u rodzących i położnic.

W roku 1893 podał wyniki swoich spostrzeżeń Ahlfeld. Na 71 porodów płodów zmacerowanych i przedwczesnych 54 t. j. w 76% połóg przebiegał prawidłowo. Według tego autora poród płodów zmacerowanych stwarza najkorzystniejsze warunki dla pomyślnego przebiegu połogu nie tylko dlatego, że poród odbywa się szybko i nie prowadzi do znaczniejszych obrażeń matki wskutek małych rozmiarów płodu i miękkości główki, ale też i dlatego, że po obumarciu płodu przychodzi do zaniku naczyń doczesnej i łożyska, wchłanianie przeto jest w znacznym stopniu utrudnione. Wręcz przeciwne zdanie wypowiada Schaw-Mackenzie. Słabe bóle porodowe, krwawienia poporodowe i dłużej utrzymujące się odchody w połogu stwierdza się u osób kiłowych dosyć często. Pozatem kiła, zdaniem tego autora, usposabia do pęknięcia szyjki, krocza a nawet macicy. Rany po zeszyciu często nie goją się.

Sprawa częstości uszkodzeń porodowych zwracała niejednokrotnie na siebie uwagę badaczy. Mesnard musiał w przypadku porodu u chorej kiłowej w 8 miejscach nacinać szyjkę, gdyż poród z powodu zupełnej niepodatności ujścia nie postępował. Rille, natomiast, na 160 wrzodów pierwotnych szyjki raz tylko obserwował wynikłą z tego przeszkodę porodową.

Winckel, omawiając sprawę kiły w swem dziele „Handbuch der Geburtshilfe" z roku 1904 podaje, że na 252 przypadki porodów u osób kiłowych stosunkowo często widział porody uliczne i to nie dlatego, że płody te były mniejsze niż normalne, gdyż na 9 porodów ulicznych w 7 przypadkach odbył się poród płodu żywego i donoszonego. Następnie autor stwierdzał często pochodzenie miednicowe płodu (15%). Pozatem były dwa przypadki ustawienia się główki w ułożeniu ciemiączkowem, trzy w twarzowem, jeden w czołowym, jedno położenie skośne i jeden poród conduplicato corpore.

Co do pęknięcia krocza i szyjki to Winckel stwierdził nieznacznego stopnia uszkodzenia sromu tylko trzy razy. W trzecim okresie porodowym silne krwawienie wystąpiło tylko raz.

W połogu tylko 9 położnic gorączkowało i to nie wysoko, a żadna nie zmarła. W każdym razie autor często obserwował złe zwijanie się macicy, krwawienia w późnym połogu oraz dłuższą, niż normalnie rekonwalescencję.

Kothen w roku 1903 na 70 przypadków porodów płodów zmacerowanych stwierdził o 10% zwiększoną chorobliwość w połogu nadto często obfite i cuchnące odchody (27,1%).

Szkodliwy wpływ kiły na połóg podnosi również i Jaeger w roku 1910. Na 117 przypadków w 43% zaznaczył się gorączkowy przebieg połogu. Płody zmacerowane wywoływały mniejszą chorobliwość, niż żywe, donoszone. Autor przestrzega przed badaniem wewnętrznem w czasie porodu tych chorych, zwłaszcza w przypadkach zmian swoistych na kroczu, ze względu na możliwość zaniesienia drobnoustrojów do wyższych dróg porodowych, drobnoustrojów, które stale się gnieżdżą w wykwitach kiłowych. Wogóle osoby kiłowe wykazują zmniejszoną odporność ustroju i dlatego unikanie względnie ograniczenie badania przez pochwę, zdaniem autora, jest ze wszech miar wskazane. Co do odchodów, to autor również stwierdził za Kothenem, że odchody często są cuchnące i obfite. Przyczyna tego zjawiska leży w tem, że część popłodu na skutek łamliwości łożyska i kruchości błon nierzadko pozostaje w macicy i staje się źródłem zakażenia.

W roku 1923 Klaften i Kalman w artykule, poświęconym sprawie kiły w ciąży, podają również parę szczegółów co do przebiegu połogu u tych chorych. Na sześć przypadków kiły drugorzędnej w trzech połóg przebiegał gorączkowo, w 1 słabo gorączkowo. W kile trzeciorzędnej gorączki nie spostrzegali. Jeden przypadek wrzodu pierwotnego dawał przebieg słabo gorączkowy w połogu. Z 85 położnic z kiłą utajoną 11 gorączkowało powyżej 38°, u 13 odnotowano nieznaczne podniesienie temperatury, reszta nie gorączkowała.

Ciekawe spostrzeżenia co do gorączki kiłowej podają Voron, Favre i Grivet w r. 1904. Autorzy ci obserwowali trzy przypadki wysokiej gorączki w połogu do złudzenia przypominającej ciężkie zakażenie. W przypadkach tych wszelkie środki lecznicze zupełnie zawiodły. Dopiero po wystąpieniu drugorzędnych objawów kiły zastosowano leczenie swoiste. Skutek wystąpił prawie natychmiast — gorączka spadła, wykwity cofnęły się. Autorzy twierdzą, że w połogu może wystąpić u chorych kiłowych gorączka swoista pochodzenia nieinfekcyjnego.

Jak już wzmiankowałem na wstępie, zainteresowanie się sprawą przebiegu porodu i połogu w kile w ostatnich 20 latach znacznie zmalało. Podręczniki albo nic wogóle nie mówią o tem (Bumm, Stoeckel, Zangenmeister, Ribemont-Dessaignes), albo omawiają tą sprawę bardzo pobieżnie. I tak Jaschke-Pankow twierdzą, że kiła na przebieg porodu nie wywiera żadnego wpływu; natomiast chorobliwość w połogu zwiększa się o 20%.

Mając do rozporządzenia kilkuletni materjał przypadków kiłowych obserwowanych na Klinice Położniczej, postanowiłem bliżej zająć się tą sprawą, a to tem bardziej, że, jak już nadmieniłem, dawniejsze prace z nowoczesnego punktu widzenia nie wytrzymują krytyki, późniejsze zaś są bardzo nieliczne.

Przedewszystkiem kilka uwag co do wyboru materjału. Powszechnie znaną jest rzeczą, jak trudno nieraz ustalić lub wykluczyć kiłę u ciężarnych i rodzących. W przeważającej bowiem ilości przypadków chore zgłaszają się do Kliniki w okresie kiły utajonej. Z drugiej strony same wykwity kiłowe bez wyniku dodatniego badania krwi na odczyn Wassermanna nie przemawiają jeszcze z bezwzględną pewnością za istnieniem kiły. Dopiero dodatnie próby serologiczne w połączeniu z objawami klinicznymi czy to ze strony matki, czy też płodu usprawiedliwiają rozpoznanie kiły. Dalej, jednorazowy wynik dodatni odczynu Wassermanna u ciężarnych pozornie zdrowych zgodnie z powszechnie przyjętemi poglądami nie dowodzi jeszcze istnienia kiły. Pochodzi to stąd, że surowica krwi ulega w ciąży znacznym zmianom fizyko-chemicznym, czy to w postaci cholesterynemji, czy to w zakłóceniu równowagi ciał białkowych, a więc globulin i albumin, które to zmiany czynią ją niezmiernie czułą na przebieg wielu odczynów serologicznych. I dlatego w ciąży, zwłaszcza w drugiej jej połowie, również i odczyn Wassermanna może wypaść dodatnio u kobiet zupełnie zdrowych. Odczyn ten zupełnie zatem niespecyficzny zgodnie z większością autorów, waha się od 3—10%. Ogólnie jest przyjęte, że w 7 dni po porodzie odczyny nieswoiste zwykle znikają. Wobec tego tylko te przypadki odnosiliśmy do kiły, w których odczyn Wassermanna dawał wybitne zahamowanie hemolizy nie tylko w ciąży lub w czasie porodu, ale również i w drugim tygodniu połogu.

Od roku 1924 u każdej ciężarnej, względnie rodzącej, zależnie od tego, kiedy zgłaszają się do Kliniki, przeprowadzamy badanie serologiczne surowicy krwi na odczyn Wassermanna. Badania te uskutecznia Zakład Hygjeny i Bakterjologji U. J. K. we Lwowie. W razie wyniku dodatniego pobieramy krew powtórnie 8-go względnie 9-go dnia połogu, i jeśli wówczas odczyn wypada ujemnie, a objawów kiłowych, tak u matki, jak i dziecka nie stwierdzamy,natenczas przypadków tych w naszym zestawieniu nie uwzględniliśmy.

Ogromnie utrudniają pracę pod tym względem przypadki leczone, lecz zatajone. W tych przypadkach dzieci często rodzą się pozornie zupełnie zdrowe, odczyn Wassermanna wypada słabo dodatnio lub nawet ujemnie. Nie wątpimy, że dużo chorych uszło w ten sposób naszej uwadze.

Prócz anamnezy co do przebytej kiły, uwzględnialiśmy u wieloródek poprzednie ciąże. Kilkakrotne przedwczesne porody płodów zmacerowanych w połączeniu chociażby z jednorazowym wynikiem dodatnim krwi na odczyn Wassermanna odnosiliśmy do kiły nawet w braku objawów klinicznych. Wreszcie porody płodów zmacerowanych lub dzieci niedonoszonych u pierwiastek z wykwitami kiłowymi w połączeniu z jednorazowym wynikiem próby serologicznej krwi matki również zaliczyliśmy do przypadków kiłowych.

Dalej, chcąc uniknąć wpływu przypadkowych czynników, mogących zaważyć czy to na przebieg porodu, czy połogu, zupełnie wyłączyłem z naszej statystyki przypadki, które zgłosiły się do porodu w stanie gorączkowym, ścieśnienia miednicy, oraz porody operacyjne, za wyjątkiem pomocy ręcznej w położeniu miednicowem płodu, wymóżdżenia główki płodu i zabiegów w trzecim okresie porodowym.

W ten sposób, ograniczywszy nieco materjał, uwzględniłem tylko 75 przypadków, włączając w tę liczbę dwa porody u jednej i tej samej chorej.

Na podstawie wywiadów ustaliłem kiłę 12 razy; poród kilkakrotny płodów zmacerowanych i Wassermann dodatni stwierdziłem 11 razy; odczyn Wassermanna dwukrotnie dodatni 29 razy; poprzednie porody przedwczesne, objawy kiły drugorzędnej u matki, Wassermann silnie dodatni — 2 razy; kiła drugorzędna u matki i Wassermann dodatni 6 razy; w jednym przypadku, mimo wystąpienia niewątpliwych objawów kiły drugorzędnej odczyn Wassermanna wypadł słabo dodatnio; płód zmacerowany i Wasserman dodatni — 8 razy; kiła płodu, Wassermann u matki dodatni, u dziecka słabo dodatni — 1 raz; kiła drugorzędna, Wassermann i u matki i u płodu silnie dodatni — 2 razy; kiła płodu Wassermann u matki słabo dodatni 1 raz; odczyn Wassermanna i S. Georgie u matki dodatni, u dziecka Wassermann słabo dodatni — 1 raz.

Z pośród wymienionych chorych tylko u 11 stwierdzono kiłę objawową i to wdrugim okresie, reszta pozostałych 64 nie wy-

kazywała żadnych objawów klinicznych kiły, co stanowiłoby 85%. Kiła objawowa fatalnie odbija się na płodach. I tak — 3 płody były zmacerowane, 1 — żywy niedonoszony urodził się z objawami kiłowymi, 2 płody żywe donoszone wykazywały wybitne wykwity na skórze i tylko 5 noworodków przyszło na świat w stanie jakoby normalnym. Dodać muszę, skoro już mowa o losie płodów, że wszystkie płody z objawami kiłowemi pochodziły od matek, które nigdy nie leczyły się na kiłę; natomiast noworodki donoszone, które nie wykazywały objawów klinicznych kiły, przyszły na świat od kobiet, leczonych bądź to w ciąży, bądź to przed ciążą. Ale i kiła bezobjawowa matek nie oszczędza zbytnio płodów. Na 64 przypadki kiły bezobjawowej 14 razy nastąpił poród płodów zmacerowanych, 7 razy płodów niedonoszonych i 1 raz urodził się płód donoszony z objawami kiłowymi; 42 dzieci przyszło na świat donoszone i pozornie zdrowe. A więc już bezpośrednio podczas porodu stwierdzić można było kiłę u jednej trzeciej części płodów.

Rzecz naturalna, że i tu w znacznym stopniu los płodów zależy od tego, czy matka była leczoną, ile razy i kiedy, oraz od czasu zakażenia kiłowego. I tak, na 14 przypadków płodów zmacerowanych nie leczyła się ani jedna matka; na 7 płodów niedonoszonych 3 razy była przeprowadzona kuracja przeciwkiłowa matek, 4 razy natomiast o istnieniu kiły ciężarne te nie wiedziały i leczenia wobec tego nie przechodziły. W jednym przypadku porodu płodu żywego donoszonego z objawami kiłowymi chora się leczyła, lecz przed ciążą. Wreszcie w przypadkach porodów dzieci donoszonych żywych większość matek była leczona, wiele z nich przed i w czasie ciąży.

Wróćmy jednak do tematu zasadniczego, a mianowicie do wpływu jaki wywiera kiła na przebieg porodu i połogu. Materjał nasz dotyczył 31 pierwiastek i 44 wieloródek; najmłodszy wiek pierwiastek wynosił 18 lat, najstarszy — 35 lat; przeważnie jednak wiek ich wahał się w granicach od 23—25 lat, co się wyraziło w przeciętnym wieku pierwiastek liczbą 24. Co się tyczy wieloródek, to najmłodsza liczyła 21 lat, najstarsza 45 lat; wiek średni wynosił 28 lat. Widzimy przeto, że dziwnym zbiegiem okoliczności wielkiej różnicy wieku pomiędzy pierwiastkami a wieloródkami w naszych przypadkach nie spostrzegaliśmy.

Wgrupie pierwiastek stwierdziliśmy położeń czaszkowych 25 (80%), pośladkowych 6 (20%); u wieloródek położeń czaszkowych skonstantowano 38 razy (86,5%), pośladkowych 4 razy (9%), poprzecznych 2 razy (4,5%). Zasadniczo więc położenia nieprawidłowe tak u pierwiastek jak i u wieloródek przydarzyły się w 12 przypadkach na 75 rodzących (16%), a więc istotnie częściej, niż normalnie.

Wobec istnienia niezgodności co do obrażeń dróg porodowych, zwróciłem uwagę na częstość pękania krocza. Uwzględniłem z zupełnie zrozumiałych powodów tylko pierwiastki. A więc, na ogólną ilość 31 pierwiastek krocze pękło 4 razy, z tego 2 razy podczas wykonywania pomocy ręcznej. Ilość ta jest naturalnie za mała, ażeby można było wyciągnąć z niej jakieś wnioski. I dlatego zwróciłem uwagę przedewszystkiem na stan krocza, gdyż jak wyżej o tem była wzmianka, niektórzy autorzy widzieli szczególnie częste obrażenia dróg porodowych w przypadkach wykwitów kiłowych na kroczu. Otóż u pierwiastek stwierdziliśmy kłykciny sączące, względnie krosty 5 razy, z tego tylko raz doszło do pęknięcia krocza i to w czasie wykonywania pomocy ręcznej. W 4 przypadkach urodziły się płody donoszone, 1 raz nastąpił poród płodu zmacerowanego 7-mio miesięcznego. Obecność więc zmian swoistych na kroczu nie stanowiła u naszych chorych przyczyny jego uszkodzenia.

Przechodzimy do porodów. Trwanie pierwszego okresu nie dało się ściśle określić, gdyż rodzące przychodziły do Kliniki zazwyczaj już z bólami porodowymi, czasu zaś wystąpienia bólów nie zawsze byliśmy w stanie dokładnie ustalić. Pozatem nie każda osoba była badana wewnętrznie, nieraz więc nie mogliśmy stwierdzić, kiedy nastąpiło zupełne rozwarcie ujścia macicy, nawet gdyby rodząca zgłosiła się w początkowym okresie prodn. Za miarę trwania porodu wzięliśmy dlatego czas od odejścia wód płodowych, aż do urodzenia się dziecka, jako momenta najwięcej rzucające się w oczy i dające się najściślej określić.

A więc, przeciętnie czas ten w obliczeniach u wszystkich naszych chorych wynosił 6 godzin, z tego u pierwiastek 6 i pół, u wieloródek 5 i pół.

W grupie pierwiastek 8 razy nastąpił poród płodów niedonoszonych względnie zmacerowanych z czasem przeciętnym 3 godziny i 30 minut. Pomiędzy temi przypadkami stwierdzono 4 razy położenie pośladkowe, 4 razy czaszkowe. W położeniach miednicowych poród często się wikłał przedwczesnym odejściem wód płodowych i co za tem idzie przeciąganiem się porodu (w jednym przypadku do 21 godzin).

Co do płodów donoszonych, to przeciętny czas trwania porodu wynosił 8 godzin, przeciętna waga płodu 3178 gr. Pomiędzy temi przypadkami zanotowaliśmy 3 razy poród bardzo przeciągający się na skutek przedwczesnego odejścia wód płodowych: i tak, u jednej chorej z płodem w położeniu pośladkowem wody odeszły przy ujściu na 4 palce, poród trwał 96 godzin; u drugiej poród w położeniu czaszkowem, powikłany słabymi bólami i odpłynięciem przedwczesnem wód. Poród w tym przypadku trwał 23 godziny. Wreszcie w trzecim czas porodu od pęknięcia pęcherza przeciągnął się do 12 godzin. Gdyby te przypadki odjąć z naszego zestawienia, przypadki, w których nastąpiło znaczne powikłanie, które odbiło się niekorzystnie na porodzie, to czas trwania drugiego okresu w przypadkach pozostałych wynosiłby niecałe 2 godziny, a więc nieróżniący się od czasu normalnego. W każdym razie, o ile położenie płodu było prawidłwe, a wody odeszły na czasie, drugi okres porodowy nigdy nie przekraczał 2 godzin.

U wieloródek sprawa przedstawiała się nieco inaczej. Jak już mówiłem wyżej, przeciętny czas trwania porodu wynosił 5,5 godzin. W tej grupie stwierdzono 17 razy poród płodów zmacerowanych, względnie niedonoszonych wagi poniżej 2200 gr. Poród tych płodów trwał bardzo krótko, bo wynosił przeciętnie niecałe pół godziny, chociaż 3 razy stwierdzono położenie miednicowe. Poród płodów donoszonych trwał znacznie dłużej, a mianowicie średnio 8 godzin. Przeciętna waga tych płodów — 3355 gr. U wieloródek często stwierdzaliśmy przedwczesne odejście wód płodowych i przeciąganie się porodu.

Na ogół stwierdziliśmy to 5 razy, z tego raz poród trwał 4 doby, a znowu raz po 38 godzinach od chwili odpłynięcia wód poród ze względu na wystąpienie gorączki musiał być ukończony przez wymóżdżenie płodu nieżywego. Mimo tych przypadków, w których przeciąganie się porodu było rzeczą zupełnie zrozumiałą, zanotowaliśmy dosyć często wogóle słabe bóle porodowe i to w okresie wydalania. W tych przypadkach poród nierzadko trwał od 5 do 10 godzin. W jaki sposób wytłumaczyć sobie, że poród u wieloródek, jeśli chodziło o płody donoszone, przeciętnie trwał dłużej, niż u pierwiastek? Wiek nie stanowił tu wielkiej różnicy, gdyż, jak wyżej zaznaczyłem, średnia ilość lat pierwiastek wynosiła 24, wieloródek — 28. Nie mogłem inaczej wytłómaczyć sobie tego zjawiska, jak tylko wpływem samej kiły, względnie czasu jej trwania i tem, czy ona była leczoną i kiedy. Nie zapominajmy, że kiła nie leczona, względnie leczona niedostatecznie, lub leczona przed ciążą, znajduje doskonałe podłoże dla swego rozwoju w rozwijającym się łożysku. I dlatego, mimo braku objawów kiłowych ze strony matki, dzieci często rodzą się ze zmianami swoistemi lub zmacerowane. Jak już wyżej o tem mówiłem, na 64 przypadki kiły bezobjawowej 14 razy nastąpił poród płodów zmacerowanych, 7 razy niedonoszonych i 1 raz donoszonego, lecz z wykwitami kiłowymi. Z drugiej strony żywy rozwój krętków w łożysku nie pozostaje bez wpływu na ustrój matki. Skargi na bóle głowy, osłabienie i ogólne niedomaganie słyszeliśmy u tych chorych nie rzadko.

Otóż, porównując pierwiastki z wieloródkami, stwierdziliśmy niezbicie, że większość pierwiastek pochodziła ze Lwowa, względnie mieszkała we Lwowie, a więc należała do kategorji osób, żyjących w środowiskach więcej kulturalnych; wieloródki zaś pochodziły przeważnie ze wsi, ze sfer drobnorolniczych, na ogół mało dbających o swoje zdrowie. Nic dziwnego przeto, że pierwiastki przeważnie się leczyły, podczas gdy wieloródki, mimo, że w wywiadach nieraz podawały kilkakrotne porody płodów niedonoszonych nieżywych, nic o chorobie swojej nie wiedziały i leczenia swoistego nie przechodziły. Nie mogę oprzeć się wrażeniu, że przypadki nie leczone, a więc z pośród naszych chorych przedewszystkiem wieloródki, cierpią na ogólne osłabienie, jako wyraz zatrucia ustroju toksynami kiłowemi. Podczas porodu u tych chorych częściej przychodzi do osłabienia czynności porodowych i przeciągania się porodu.

Przechodzimy do omówienia III. okresu porodowego. Przeciętnie u pierwiastek łożysko odchodziło w 24 minuty, u wieloródek w 21 minut po porodzie dziecka. Dosyć często stwierdzaliśmy atonję macicy. I tak u pierwiastek 3 razy, z czego 2 razy po urodzeniu się płodów donoszonych, jeden raz płodu ośmiomiesięcznego; ostatni przypadek zresztą powinien być wyłączonym, gdyż był to przypadek wady rozwojowej macicy, a mianowicie *uterus bicornis;* łożysko usadowione było w jednym z rogów, i po bezskutecznych próbach wygniecenia zostało usunięte ręcznie. U wieloródek silną atonję w trzecim okresie stwierdzono 5 razy trzy wypadki dotyczyły porodów płodów donoszonych, dwa — zmacerowanych. Ogólnie biorąc stwierdziliśmy atonję w 10%, więc bezwzględnie częściej aniżeli u osób zdrowych. Jak z tych liczb widać, niedowład macicy występywał w mniejszym stopniu w przypadkach płodów zmacerowanych, niż żywych donoszonych.

Co do płodów zmacerowanych to zasadniczo mogliśmy potwierdzić zapatrywanie Ahlfelda, że łożysko pozostaje po obumarciu płodu tylko w luźnym związku ze ścianą macicy. I dlatego tak często obserwujemy dosyć szybkie odejście całego jaja płodowego, nieraz bez pęknięcia pęcherza. Co innego w przypadkach płodów żywych. Łożysko znajduje się w ścisłym połączeniu z macicą i nigdy nie odchodzi wraz z płodem. Prawdziwego przyrośnięcia łożyska, za wyjątkiem tylko jednego przypadku macicy dwurożnej, o którym wspominałem wyżej, nie obserwowaliśmy ani razu, gdyż zawsze udawało się nam w razie potrzeby wygnieść łożysko sposobem Crédé'go.

Co do połogu to zwracaliśmy uwagę na występywanie gorączki, wielkość macicy i odchody. Za przebieg gorączkowy uważaliśmy te przypadki w których temperatura przynajmniej raz przekraczała 38°; wobec tego, że na gorączkę w połogu mają wpływ najróżnorodniejsze momenta staraliśmy się uwzględnić w przypadkach gorączkujących, czy osoby te były badane, ile razy i w jakim okresie porodowym; dalej jak szybko przebiegał poród, czy płody były żywe, donoszone, czy zmacerowane, wreszcie jak przebiegał trzeci okres porodowy. Na 31 pierwiastek 12 gorączkowało w połogu (38.7%), z tego 4 nie były badane podczas porodu, 3 badano jeden raz i to przed odejściem wód płodowych, wreszcie 5 były badane kilkakrotnie przed i po pęknięciu pęcherza. Co do przebiegu porodów, to w 7 przypadkach poród odbył się szybko (po 10—12 minutach); w jednym z powodu złego tętna płodu zaraz po odejściu wód wygnieciono płód sposobem Cristellera; w jednym na skutek przeciągającego się porodu — osoba ta rodziła 4 doby w położeniu pośladkowem płodu — wykonano ekstrakcję płodu z następową trepanację główki; stan chorej już podczas rozwiązywania wykazywał temperaturę powyżej 38°. W jednym przypadku wykonano trepanację głowy, wreszcie w ostatnim poród trwał po odejściu wód płodowych 23 godziny. Uwzględnić możemy przeto tylko 7 pierwszych przypadków, coby stanowiło 22%. Co do płodów, to w przypadkach gorączkujących 10 razy przyszły na świat noworodki żywe, 2 zmacerowane. Te ostatnie odnosiły się do przypadków porodów patologicznych, o których poprzednio mówiłem.

Co do wpływu trzeciego okresu porodowego na gorączkę w połogu, to w 9 przypadkach łożysko odeszło samo, 3 razy natomiast z powodu atonji wykonano zabieg Crédé'go. Zaznaczyć należy, że niedowład macicy wystąpił po porodach prawidłowych.

U wieloródek obserwowaliśmy przebieg gorączkowy 10 razy (22,7%) — niebadanych było 5 osób, dwie badane raz i to przed odejściem wód płodowych, 3 po pęknięciu pęcherza. Poród u tych osób przebiegał następująco: w jednym przypadku trwał cztery doby, w trzecim okresie wystąpiła atonja, łożysko usunięto zabiegiem Crédé'go; w jednym po porodzie płodu zmacerowanego nastąpił krwotok, — łożysko wyciśnięto sposobem Crédego; w tym przypadku pozostały błony; pozatem w jednym przypadku porodu płodu niedonoszonego częściowo pozostały błony w jamie macicy. Gdyby odjąć te trzy przypadki, to pozostałe 7 stanowiłyby 17%. Chorobliwość ogólna na naszej klinice, obliczona na 500 przypadków, wynosiła około 12%. A więc niewątpliwie chorobliwość w połogu u osób kiłowych jest zwiększona.

Co do wielkości macicy, to braliśmy pod uwagę stan z 9-go dnia połogu. Przypadki, w których macica znajdowała się w tym dniu wyżej, niż 3 palce nad spojeniem łonowem zaliczyliśmy do patologicznego zwijania się macicy. Co do odchodów, to za nienormalne uważaliśmy takie, które utrzymywały charakter odchodów krwawych dłużej, niż 6 dni, lub gdy były mocno cuchnące. Na ogół mogliśmy stwierdzić, przyłączając się do zdania Jaschke-Pankowa, Kothena i Jaegera, że macica istotnie gorzej się zwijała, oraz odchody krwawe dłużej się utrzymywały w porównaniu z osobami zdrowemi. Zasadniczo w przypadkach gorszego zwijania się macicy i odchody były obfitsze i nieraz cuchnące. Pozatem, jednak, nieraz pomimo małej macicy, odchody jeszcze i po tygodniu, a nawet dłużej utrzymywały się w postaci krwawej.

U pierwiastek 7 razy widzieliśmy macicę 9 dnia po porodzie dnem sięgającą niewiele co niżej pępka (22,6%); pozatem w 9 przypadkach położnice długi czas krwawiły, tak że w kilku przypadkach z powodu silnych krwotoków w połogu poważnie myśleliśmy o skrobance lub też o tamponadzie macicy.

To samo, a może jeszcze w większym stopniu obserwowaliśmy u wieloródek. Macicę bardzo dużą w połogu stwierdziliśmy 17 razy (38,6%). Odchody obfite, często cuchnące, zanotowano w 26 przypadkach; 2 razy wystąpił w połogu nagły krwotok, który udało się opanować po energicznem masowaniu macicy i zastrzykach preparatów ergotyny.

Streszczenie:

1) Poród płodów zmacerowanych i niedonoszonych odbywał się szybko i bez większych obrażeń rodzących.

2) Wykwity kiłowe na kroczu nie prowadziły w naszych przypadkach do pęknięć.

3) Uszkodzenia porodowe dróg miękkich przydarzają się nie częściej, niż u osób niekiłowych.

4) Poród płodów donoszonych, w przypadkach kiły zasadniczej, nie leczonej przeciąga się wskutek pierwotnie słabych bólów porodowych, jako wyraz osłabienia ustroju toksynami kiłowemi. Kiła leczona zasadniczo na czas porodu nie wpływa.

5) U chorych kiłowych częściej wytwarzają się nieprawidłowe położenia płodów.

6) W trzecim okresie porodowym nie rzadko występuje atonja wskutek niedowładu macicy. W przypadkach płodów zmacerowanych łożysko odchodzi szybko, nie prowadząc do krwotoku.

7) Chorobliwość w połogu zwiększa się, macica dłuższy czas zwija się, odchody często są cuchnące oraz dłużej utrzymują charakter krwawy.

8) Ze względu na zwiększoną chorobliwość w połogu badania przez pochwę podczas porodu osób kiłowych należy zaniechać.

Piśmiennictwo:

1) Ahlfeld: Lehrbuch der Geburstli. 1898, str. 236. — 2) Tenże: Beiträge zur Lehre vom Resor. in der Geburstli. und im Wochenb. etc. Zeitschrieft f. G. Bd. 27, str. 466. — 3) Bumm: Grund. zum Stud. der Geburstli. 1922. — 4) Hiridoyen: Syphilis und Schwangers. Arch detocol. 1886, (ref.). — 5) Jaeger: Ueber d. Morbid. im Woch. bei Vorzeit. Frucht. etc. Münch. Med. Woch. 1910, Nr. 35, str. 1826. — 6) Jaschke-Pankow: Lehrb. der Geburst. 1920. — 7) Klaften i Kalman: Studie über Syph. u. Schwanger, Zeitsch. f. G. Bd. 86, str. 123. — 8) Kothen: Ub. d .Morb im Woch. und Geburst. Arch. f. G. Bd. 70, str. 722. — 9) Martin: Zur Aet. des Puerp. fieb. Schmids Jahrb. Bd. 98, str. 55. — 10) Mesnard: Fall von Dyst. d. Syph. d. Coll. (ref. Centr. 1891, str. 842). — 11) Ribemont-Dessaignes: Traité D'obstetrique, 1923. — 12) Rille: Zur Kennt. d. Syph. Ver. d. Vagina u. Vag. port. Dtsch. M. W. 1904. — 13) Shaw-Mackenzie: Einr. b. Syph. Fr. Lancet, 1897 (ref.). — 14) W. Stoeckel: Lehrb. d. Geburst. 1927. — 15) Święcicki: Ueb. d. Einf. mac. Frück. auf de Woch. Jahr. br. 1891. — 16) Vorou, Favre et Grivet: Jahr. br. 1924. — 17) Winckel: Handb. d. Geburshilfe 1904, str. 630. — 18) Zangenmeister: Lehrb. d. Geburstlil. 1928.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. D. HEFTEL. Lwów.

Tuberkulina i leczenie niektórych postaci gruźlicy tuberkuliną.

Z przychodni przeciwgruźliczej Tozu we Lwowie.
Lekarz naczelny: Dr. Marcin Selzer.

Jeżeli u chorego stosujemy leczenie pod jakąkolwiekbądź formą, musimy krytycznie dwie kwestje rozważyć, a mianowicie co możemy przez zastosowanie danego źródła osiągnąć i jak chory organizm na dany środek zareaguje. Lekarz, który nad tem się nie zastanawia, nie postępuje według zasad sztuki lekarskiej, popełnia błędy, dochodzi do fałszywych wniosków i *least not least* dyskredytuje dany sposób leczenia. Z *materia medica* tuberkulina i jej zastosowania w leczeniu gruźlicy były tematem najwięcej w ostatnich latach omawianym, przedmiotem namiętnej polemiki na łamach pism zawodowych i olbrzymiej literatury. Do dnia dzisiejszego nie ma w świecie lekarskim jednomyślności co do sposobu działania tuberkuliny, co do jej wartości leczniczej i skuteczności jej użycia przy leczeniu płuco chorych. Z górą lat 40 jak Koch wprowadził tuberkulinę do leczenia i entuzjazm, z jakim została przyjęta przeszedł szybko w rozczarowanie, ale mimo to badania nad tuberkuliną nie ustały i krok za krokiem uchyla się rąbek tajemnicy, jaką dotychczas otaczała się gruźlica. Gdybyśmy tak spróbowali zaszeregować front ftizjoterapeutów w stosunku do leczenia tuberkulinowego, musielibyśmy go podzielić na trzy grupy: 1) bezwzględnych zwolenników leczenia tuberkulinowego, 2) bezwzględnych przeciwników zastosowania jej w leczeniu gruźlicy i grupę 3) stojącą w pośrodku, która wprawdzie nie odmawia tuberkulinie pewnego znaczenia, sprowadza jednakowoż jej działanie pod jeden wspólny mianownik proteino-

lecznictwa. Idźmy po linji najmniejszego oporu i zajmijmy się wpierw tą grupą ostatnią. Między oddziaływaniem organizmu gruźlika na tuberkulinę i na środki ergotropowe (Gröer) zachodzą daleko idące różnice. Jeżeli wstrzykniemy choremu mleko, caseosan, aolan lub też wszystkim znaną szczepionkę delbetowską „propidon" albo też jakikolwiekbądź z licznych środków proteinowych, to widzimy, że organizm dosyć szybko reaguje, 4—6 godzin po wstrzyknięciu jednego z wyżej wymienionych środków osiąga acme swego działania, poczem reakcja szybko ustępuje. Tuberkulina natomiast wstrzyknięta w dawkach leczniczych działa odmiennie, acme działania występuje późno, bo dopiero po 48 godzinach, utrzymuje się ona dłużej i stopniowo tylko opada. Jeżeli przy zastosowaniu proteinoterapji przyświeca nam cel stwarzania jedynie przeciwciał, to przy zastosowaniu tuberkuliny działamy *à la longue,* pobudzając organizm do wytwarzania ciał uodporniających, przez działanie na samo ognisko chorobowe, przez zwiększone przekrwienie, silną leukocytozę, co stanowi podnietę do przeistaczania się tkanki chorobowej w tkankę łączną, tem samem zabliznowacenia się, encystowania, że tak powiem ogniska zapalnego. Jeżeli jednak wstrzykniemy tuberkuliny więcej niż odpowiada wrażliwość danego organizmu, następuje nekroza okołoogniskowa, dana kawerna lub naciek się zwiększają, mamy wtedy skutek wprost przeciwny, jaki zamierzaliśmy. Wynika z tego, że tuberkulinę musimy dawkować ostrożnie, zwiększając stopniowo odporność organizmu do przezwyciężania swego stanu chorobowego. Nim wstrzykujemy tuberkulinę, musimy mieć pewne dane, do jakiego stopnia organizm jest przestrojony (allergia) na jady gruźlicze, jak na każdą dawkę początkową zareaguje, jaka jest jego wrażliwość, na miejsce zastosowania, na ogniska chorobowe, na cały organizm i w jakim nasileniu przebiegać będą reakcje. By to zrozumieć, musimy sobie utrwalić obraz sekcyjny świnki morskiej zakażonej gruźlicą, której wstrzyknięto dawkę śmiertelną, bo aż 0,5 AT Kocha. Wprawdzie daleko idących wniosków z sekcji zwierzęcia, a nawet człowieka, co do przebiegu klinicznego danego stworzenia wysnuwać nie można, ale świnka morska jest wyjątkowo wrażliwa na gruźlicę, a obraz zatrucia tuberkuliną jest typowy. A więc miejsce wstrzyknięcia jest silnie nastrzykane, tak że przybiera zabarwienie ciemno fioletowe, gruczoły miejscowe zaczerwienione i obrzękłe. Śledziona i wątroba wykazują na powierzchni obok zmian gruźliczych cały szereg plam czerwonych, powstałych wskutek rozszerzenia i pęknięcia naczyń włosowatych, które są przepełnione czerwonemi ciałkami krwi tu i ówdzie popękane, w następstwie czego następują wylewy krwawe. Zmiany podobne widzimy na płucach, a także jelita są silnie zaczerwienione. U człowieka po dawce tuberkulinowej, przekraczającej jego granicę wrażliwości, widzimy zmiany miejscowe, ogniskowe i ogólne; a więc zwiększoną ciepłotę ciała, ogólne osłabienie, bóle głowy i ciągnienie w kończynach. W płucach wzmożone drżenie, zwiększone i intenzywniejsze stłumienie, obfitsze rzężenia, liczne świsty i furczenia o ile przed zastrzykiem dały się tu i ówdzie słyszeć, zwiększony kaszel, obfitsze wykszstuszanie, krwioplucie u osobników do tego skłonych. Pamiętając obraz sekcyjny świnki morskiej, zatrutej tuberkuliną, widzimy zmiany przedewszystkiem naczyniowe, co wskazuje, że tuberkulina działa na system nerwowy wegetatywny a bezpośrednio na ośrodek wazomotoryczny, o czem pamiętać musimy tem bardziej, że często stwierdzamy u gruźlików podrażnienie systemu nerwowego wegetatywnego, zwiększenie tonus nerwu sympatycznego, rozszerzone i nierówne źrenice, zaczerwienione policzki, poty i przyśpieszoną akcję serca. W tych wypadkach, w których system nerwowy wegetatywny jest szczególnie podrażniony, czyto podczas pobytu w górach, w czasie menstruacji, w puerperjum, czy też w okresach przejściowych aury musimy być ostrożni w leczeniu tuberkuliną, albo go zupełnie zaniechać, bo *vagus* i *sympathicus,* to najczulsze sejsmografy na wszelkie zmiany chemiczne, zachodzące wskutek choroby w organiźmie, braku tlenu, zmniejszonego ciśnienia atmosferycznego w zdrojowiskach górskich. Być może, że przyczyny zwiększonych wrażliwości systemu nerwowego wegetatywnego szukać należy w zmienionym pod względem chemicznym milieu organizmu, może też w jego zubożeniu w pewne składniki mineralne.

Francuzi jeszcze o krok idą dalej i sądzą, że organizm gruźlika wykazuje demineralizację znacznego stopnia. W jakość zmiany tu jonów nie wchodzę, jako nie należącą bezpośrednio do tematu. Pewną analogję do działania środków proteinowych mają składniki częściowe prątków t. zw. Partialantigeny Mucha. Działaniem kwasu mlekowego otrzymał Much specjalną tuberkulinę MTB., z której udało mu się dalej wyodrębnić ciała białkowe A i ciała tłuszczowe, które dają się rozłożyć na kwas tłuszczowy i lipoidy. Zastosowanie tych środków nie daje więcej korzyści niż AT. Kocha, a wspomniałem tylko dlatego o nich, że każdy z tych preparatów tuberkulinowych zawiera ciała białkowe przez działanie tuberkuliny Kocha jest skomplikowane. Zrozumienie działania tuberkuliny komplikuje jeszcze okoliczność, że podobne reakcje jak wstrzykiwaniami AT. Kocha nastąpić mogą u gruźlika przez wysiłek fizyczny, daleki spacer, kąpiel słoneczną, która w okresie heljoterapji bywa często nadużywana. Jak silną czasem może być reakcja organizmu schorzałego na działanie promieni słonecznych może posłużyć wypadek z praktyki zdrojowej w Szczawnicy. W czasie największego nasilenia upału t. j. między 3—4 popołudniu zostałem pewnego dnia zawezwany do chorego, który nagle dostał obfitego krwotoku płucnego. Chory zdrzemnął się po obiedzie na krześle w ogrodzie restauracyjnym na słońcu. W godzinę później nastąpił krwotok, który po wśródżylnym zaaplikowaniu 10% Na Cl natychmiast ustał. Chory, którego następnego dnia badałem, wykazał chroniczne zmiany gruźlicze na obu szczytach *(Tbc, fibrosa densa)* i rozedmę płucną. Wedle zapodań chorego nigdy przedtem krwotoków nie miał. Mechanizm powstania krwotoków w tym wypadku jest ten, że wskutek zadziałania promieni słonecznych na skórę wytwarzają się ciała białkowe, powodujące silne przekrwienie ognisk chorobowych. Jest to działanie proteinowe, którego mechanizm jest odmienny od działania tuberkuliny w skutkach jednakowoż podobny. Sposób działania tuberkuliny na schorzały organizm nie jest dotychczas zupełnie jasny. Mamy piękne gmachy zbudowane na teorjach, może genjalnie pomyślanych, ale dające się jednakowoż łatwo obalić. Rozmaite iny-opsoniny-erginy i t. d. żadnego praktycznego zastosowania nie mają. Faktem jest, że przez odpowiednie leczenie tuberkuliną udaje się nam zwiększyć siłę ochronną organizmu, torujemy mu drogę do zwalczania infekcji, co nie zawsze dałoby się osiągnąć li tylko dobrem odżywianiem i leczeniem klimatyczno-djetetycznem. Musimy też sobie zdać sprawę co się da tuberkuliną osiągnąć, kawerny rzadko usuniemy zwłaszcza duże, ogólny rozpad tkanki płucnej nie da się przy masowej infekcji prątkami powstrzymać, zupełny brak sił odpornych organizmu jest też bezwzględnem przeciwskazaniem do zastosowania leczenia tuberkulinowego pod jakąkolwiekbądź formą jednakowoż o wyborze wypadków gruźlicy nadających się do leczenia tuberkuliną później.

Z powyżej przytoczonych faktów widać, że dużo jest środków działających jak tuberkulina, jednakowoż stosowaniem ich nie zwększymy odporności organzmu, nie wspomożemy mu w walce z inwazją prątków, które się trudno dają zniszczyć *in vitro,* a cóż dopiero w organiźmie wystawionym nieraz na infekcję masową.

II. Bezwzględni przeciwnicy leczenia tuberkuliną odmawiają jej zupełnie wartości. Według nich tuberkulina jest jadem, a stosowane jej mieczem obosiecznym. Leczeniem klimatyczno- djetetycznem to samo daje się osiągnąć. Do grupy tej należy przedewszystkiem starsza generacja internistów, której żywo w pamięci jeszcze pozostały pierwsze fatalne skutki stosowania tuberkuliny. Koch był autorytetem od którego genjalności spodziewano się wszystkiego, spodziewano się, że tuberkulina przyniesie coś w rodzaju *therapia sterilisans magna.* Ale nic z tego, entuzjazm towarzyszący pierwszym próbom zastosowania tuberkuliny u gruźlików przeszedł szybko w głęboki pesymizm, który na długie lata hamował zastosowania jej w lecznictwie przeciwgruźliczem. Czy pierwsze próby leczenia tuberkuliną w erze Kocha mogły wypaść pomyślnie? Na to pytanie musimy stanowczo odpowiedzieć przecząco. Przedewszystkiem wartość toksyczna tuberkuliny nie była całkiem znana, dawki stosowano wprost słoniowe, a na skutki nie trzeba było długo czekać, bo cały szereg wypadków letalnych znaczył drogę pierwszych prób tuberkuliny. Nie uznawanie a limine żadnej wartości leczniczej tuberkuliny jest niesłuszne. Gruźlica jest chrobą wielopostaciową i do dnia dzisiejszego nie mamy środka pewnego przy zastosowaniu którego moglibyśmy z góry powiedzieć, że nim gruźlicę zupełnie wyleczymy. Ani odmą, ani leczeniem tuberkuliną, ani leczeniem klimatyczno-djetetycznem osobno zastosowanem nie dochodzimy do celu, ale przez kombinowanie odmy z leczeniem klimatycznem lub też tuberkuliną daje się dużo osiągnąć. Bezwzględni przeciwnicy zastosowania tuberkuliny zapominają o tem, że gruźlica pokazuje nam często swoje janusowe oblicze i że pomyłki w prognozie popełnić mogą najlepsi ftizjologowie i że zastosowanie tuberkuliny w pewnych postaciach gruźlicy prowadzi do wybitnego polepszenia, a nadto przeciwdziała powstawaniu nawrotów (Neumann). Jeżeli gruźlica w początkowych stadjach jest zupełnie uleczalna, to z dużemi stosunkowo zmianami w płucach (caverny) celem naszym jest wstrzymanie rozwoju schorzenia i doprowadzenie do takiego stanu, przy którymby chory czuł sę dobrze, otoczeniu nie zagrażał, ale o *restitutio ad integrum* nie ma mowy. Rzecz jasna, że leczeniem tuberkuliną nie doprowadzimy nigdy do zasklepienia kawerny wielkości jaja kurzego, ani też

odmą nie zawsze nam się to udaje (zrosty) musimy inną drogą starać się zaczopować to źródło infekcji (plomba, torakoplastyka-pleuroliza metodą Jacobaeusa), ale nie wolno nam pozostawić chorego na łasce jego zapasowych sił obronnych, których my do 100% ani osądzić, ani odpowiedniego kryterjum do ich mierzenia nie mamy. Często się zdarza, że dobrotliwe formy gruźlicy u osobników, którzy się całkiem dobrze czują wskutek zmniejszonej odporności tkanek przejść mogą w formy gruźlicy złośliwej, w których to przypadkach stosowanie tuberkuliny do niczego doprowadzić nie może z powodu kompletnego braku sił odpornych organizmu. Przeciwnicy zastosowania tuberkuliny twierdzą, że leczenie nią jest długie i żmudne, zniechęcające lekarza i chorego. Jest to prawda, ale chory, który na własnej skórze poczuł, że tuberkulina mu pomaga, chętnie po wstrzykiwania się zgłasza, albo po pewnym czasie ponawia leczenie. Tuberkulinie też zawdzięczać należy, że paral progres stała się uleczalną. Tuberkuliną posługiwał się Jauregg Wagner przy swoich pierwszych próbach, która potem ustąpiła zimnicy lepiej się do tego nadającej. W ten sposób tuberkulina zapoczątkowała proteinoterapję i za takową ją niektórzy uważają.

III. Do bezwzględnych zwolenników leczenia tuberkulinowego należy cały szereg znanych ftizjoterapeutów jak: Löwenstein, Sorgo i Wilhelm Neumann. Nadto stosuje leczenie tuberkulinowe przeważająca część stacyj gruźliczych, klinik i oddziałów wiedeńskich. Wcale prawie nie znajduje zastosowania tuberkulina u Francuzów, którzy przeważnie ograniczają się do leczenia klimatyczno-djetetycznego i stosowania odmy. Olbrzymia ilość preparatów tuberkulinowych na rynku aptekarskim jak Ectebin, Ateban, Tuberculomucin i Dermotobin świadczy wymownie o ich szerokiem zastosowaniu, przyczem starania idą w tym kierunku, by drogą skórną doprowadzić tuberkulinę do organizmu i to w formie maści, co umożliwiałoby przeprowadzenie leczenia po za oddziałem. Nie da się zaprzeczyć, że droga skórna jest mniej niebezpieczna, tuberkulina resorbuje się przez skórę 10000 mniej, niż podskórnie, ale niebezpieczeństwo przedawkowania maścią jest duże (Sorgo). Najlepszym jednakowoż preparatem tuberkulinowym jest narazie AT Kocha i tylko w wyjątkowych wypadkach znajduje maść tuberkulinowa zastosowanie. Przed przeprowadzeniem leczenia tuberkulinowego robi się próbę wśródskórną Mantoux, której nasilenie reakcji jest nam wskazówką w jakim stanie allergji gruźliczej znajduje się dany chory. Wilhelm Neumann który stworzył osobną szkołę i podział gruźlicy, dokładnie określa, które przypadki nadają się do leczenia tuberkuliną. Neumann opiera swój podział gruźlicy przeważnie na objawach klinicznych, biorąc za podstawę pracę anatomiczną Rankego, a mianowicie: 1) pierwotne zakażenie — *complexus primarius,* 2) stadjum *generalis actionis* — rozprzestrzenienie się gruźlicy drogą naczyń krwionośnych, 3) powtórne zakażenie exo lub endogenne drogą oskrzeli *(bronchogene Infektion, isolierte Phtise)* i prace ftizjologów francuskich Barda, Piery'ego i Arbez'a. Wprawdzie czytając Wilhelma Neumanna „Klinik der beginnenden Tub. der Erwachsenen" odnosi się wrażenie, że cały podział gruźlicy zabarwiony jest szerokim subjektywizmem, to jednakowoż przy osobistem zetknięciu się z autorem olbrzymiej jego wiedzy fachowej, doświadczeniu długoletniemu i przy naukowem uzasadnieniu każdej formy klinicznej gruźlicy, znikają wszelkie wątpliwości i znajduje się jego podział prostym i naturalnym, pozwalającym się łatwo zorjentować w kwestji bodaj najważniejszej, a mianowicie w prognozie każdego przypadku. Neumann stosuje leczenie tuberkulinowe w następujących wypadkach, które sobie pozwolę poniżej opisać:

1) *Pleuritis exsudativa Tbc.* jednostronne zapalenie opłucnej jest 99% pochodzenia gruźliczego i należy według Neumanna do objawów alarmujących *(Alarm Symptom)* jakkolwiek wskazuje, że siły obronne osobnika dotkniętego infekcją są duże. Jednostronne zapalenie opłucnej po grypie i *endocarditis lenta* są rzadkie. W obrazie cytologicznym wysięku mamy przy *pleuritis Tbc.* przewagę znaczną limfocytów, jako objaw schorzenia przewlekłego. Zapalenie opłucnej mamy w tych wypadkach, w których ognisko gruźlicze znajduje się blisko niej, często przy zakażeniu pierwotnem u dzieci. W okresie pokwitania w latach późniejszych (II. Stadjum Rankego) spotykamy zapalenie opłucnej przy zajęciu gruczołów oskrzelowych po stronie prawej w 25% wypadkach. O ile jednakowoż z ogniska gruźliczego dostają się prątki do dużego krążenia mogą być zaatakowane wszystkie błony surowicze organizmu *(polyserositis Tbc.),* przy której Neumann odróżnia dwie formy: a) wszystkie błony surowicze są równocześnie dotknięte, rokowanie w tym wypadku przeważnie dobre, o ile nie zachodzą późniejsze powikłania ze strony osierdzia (zrosty opłucno-osierdziowe), b) jeżeli natomiast wysięki występują w błonach surowiczych nie równocześnie, lecz oddzielone pewnym czasokresem rokowanie jest złe. *Poliserositis* należy uważać za następstwo *Tbc miliaris discreta* (Grau), dostania się prątków do ogólnego krążenia, przy masowej inwazji prątków mamy dobrze znaną prosówkę, *tbc. miliaris,* która prowadzi *ad exitum.* W stadjum trzeciem Rankego t. j. przy zakażeniu drogą oskrzeli *(Aspirations tbc.)* zapalenie opłucnej jest rzadkie, co należy sobie tłumaczyć zmniejszeniem sił obronnych organizmu. We wszystkich formach zapalenia wysiękowego opłucnej stosuje Neumann tuberkulinę o ile Mantoux jest dodatni, przyczem zauważa się zwiększenie diurezy i szybką resorbcję wysięku.

II. Przy kilkakrotnem zakładaniu odmy wskutek podrażnienia opłucnej gazem czy powietrzem mamy w 60% wypadkach zapalenie opłucnej, które rokowania nie pogarsza, o ile nie następuje infekcja mieszana. Neumann równocześnie z leczeniem odmowem stosuje tuberkulinę, by przeciwdziałać powstawaniu zapalenia opłucnego, opierając się na dodatnich wynikach przy zapaleniach wysiękowych.

III. Forma gruźlicy przy której tuberkulina daje wprost znakomite wyniki, jest gruźlica gruczołowa w okresie pokwitania *(Pubertäts phtise).* Wykazuje ona cały szereg charakterystycznych objawów: zwiększoną źrenicę po stronie zwiększonego nasilenia chorobowego, uwidocznienie żył w dołku podobojczykowym (objaw Kuthy'ego), stłumienie na obu szczytach, zwłaszcza pomiędzy łopatkami (stłumienie Kramera), bolesność kręgów piersiowych jako wyraz stanu zapalnego okostnej (Petruschky) — przewodnictwo szeptów sięgające do dolnych kręgów piersiowych (d'Espines), jakoteż stłumienie kręgów piersiowych (objaw Koranyiego). Gruźlica gruczołowa powstaje w ten sposób, że z jakiegoś ogniska dostają się prątki przez tętnicę płucną do płuc, a następnie do gruczołów oskrzelowych, będących stacją odpływową limfy z płuc. Stłumienie na obu szczytach przy tej formie gruźliczej może być spowodowane przez ucisk powiększonych gruczołów na oskrzela i naczynia tak, że stłumieniu szczytowemu nie koniecznie odpowiadać muszą zmiany w płucach. Gruźlica gruczołowa, tak zwana nieczynna, może przebiegać bez objawów podmiotowych, t. j. bez gorączki, kaszlu i wychudnięcia i tylko przy badaniu przypadkowem stwierdzamy wyżej podany obraz chorobowy, albo objawy podmiotowe silnie się zaznaczają, stan podgorączkowy, wychudnięcie, zaburzenia ze strony żołądka lub serca (forma czynna) gruźlicy gruczołowej. W niektórych wypadkach stwierdza się śledzionę powiększoną o brzegu twardym, co wskazuje, że raz po raz dostaje się do obiegu materjał zakaźny, a wiadomo powszechnie, że śledziona jest filtrem, cmentarzyskiem *materiae peccantis* organizmu. Wszystkie formy gruźlicy gruczołowej wykazują wysoki stopień allergji i leczenie tuberkuliną daje najpiękniejsze wyniki. Pozostawienie chorych na gruźlicę gruczołową swojemu losowi uważa Neumann w tym wypadku za równoznaczne z leczeniem symptomatycznem co do tego może doprowadzić, że drogą naczyń krwionośnych może materjał zakaźny być doprowadzony do rozmaitych narządów i przyśpieszyć tylko exitus.

IV. Charakterystyczną pod względem przebiegu klinicznego jest *Tbc. Fibrosa densa i Phtisis fibrosa* o ile występują objawy charłactwa. Anatomicznie wykazują szczyty płuc mozajkę guzków żółtawo-szarych jako następstwo przechodzenia w stan włóknisty guzków gruźliczych, powstałych drogą naczyń krwionośnych. Roentgen wykazuje w tych formach zaciemnienie obu szczytów. Z objawów fizykalnych nadmienić należy zwężenie pól Krōniga, stłumienie na obu szczytach, przechodzące nierzadko w stłumienie pomiędzy łopatkami, wzmożone drżenie głosowe, a przysłuchem szmery oddechowe zaostrzone przechodzące nieraz w oskrzelowe. Rzężenia rzadko, o ile jednakowoż są, to drobnobańkowe, utrzymujące się w tem samem nasileniu i nieprzechodzące w średnie i grubobańkowe i rzężenia podobne jakie powstają przy ucisku serca (Käserasseln Niemców ,craquement humide Francuzów). Krwioplucie dosyć często, rozpoznawczo ważnem jest powiększona śledziona o brzegu twardym. Podwyższona ciepłota rzadko występuje w plwocinie rzadko tylko nieliczne prątki. *Tbc. fibrosa densa* spotykamy przy gruźlicy chirurgicznej t. j. przy gruźlicy nerek, mózgu, przewodu pokarmowego i nadnerczy, przy których zaznacza się zanik lipoidów i objawy *morbus addisoni.* Prognoza tej formy jest według Neumanna dobra o ile chory ma możność prowadzenia trybu życia w warunkach dobrych, pogorszenie jednakowoż zwykło nastąpić w wieku podeszłym prawdopodobnie wskutek zmniejszonej odporności i żywotności tkanek. Wskutek infekcji niższych odcinków płuc drogą oskrzeli może powstać obraz chorobowy *Tbc. ulcero-fibrosa cachectisans.* Leczenie tuberkuliną daje przy *Tbc. fibrosa densa* dobre wyniki, krwioplucie ustaje, gorączka opada, chory czuje się dobrze i przybiera na wadze. Przy formach połączonych z charłactwem należy leczenie tuberkuliną skombinować z leczeniem klimatyczno-dietetycznem.

V. *Tuberculosis abortiva Bard* poronna forma gruźlicy występuje często równocześnie ze strumą — albo pod obrazem chlorozy

lub pseudochlorozy. Z objawów fizykalnych mamy na jednym ze szczytów wypuk krótszy lub stłumienie nieprzekraczające *spina scapulae*, objaw P o t t e n g e r a przy procesach świeżych, wzmożone drżenie, zwężenie pola K r ö n i g a, przysłuchem wdech szorstki wydech przedłużony. Charakterystyczne dla tej lekkiej formy gruźlicy są krwotoki płucne, krwi jasno czerwonej pochodzącej z żył płucnych u osobników, które nie uskarżały się dotychczas na żadne dolegliwości ze strony płuc. Krwotoki obfite zdarzają się też przy suchotach galopujących *(Phtisis caseosa)*. Krew zawiera wtedy masowo prątki, a krwiopluciu towarzyszy zwykle wysoka gorączka. Przy gruźlicy zwykłej *Phtisis fibro caseosa* plwocina rzadko jest krwawo zabarwiona, albo też chory odpluwa nieliczne grudki krwi skrzepłej. Przy poronnej formie gruźlicy Roentgen wykazuje zwykle zaciemnienie jednego szczytu, które słabo albo wcale się nie wyjaśnia przy kaszlu. W plwocinie przeważnie brak prątków tu i ówdzie obecne ziarenka M u c h a. Odpowiednio do allergji przeprowadza się leczenie tuberkuliną a wyniki są w tych wypadkach gruźlicy dobre.

VI. *Tuberculosis cavitaria stationaria:* Przypadkowe badania osobników czujących się zresztą dobrze wykazuje kawernę na jednym ze szczytów dającą przysłuchem oddech amforyczny. Wywiady u tych chorych są albo zupełnie negatywne co do początków schorzenia albo podają przebytą grypę lub zapalenie oskrzeli. Z objawów fizykalnych mamy silnie zwężone pole K r ö n i g a po stronie schorzenia. Kawerna jest umiejscowiona na szczycie prawym lub górnym odcinku średniego płatu płuc najczęściej jednakowoż na szczycie lewem. Chorzy po największej części czują się dobrze, skarżą się tylko na częste nieżyty dróg oddechowych do których są skłonni. Często *Tbc. cavitaria stationaria* jest wyrazem przejścia początkowego okresu *phtisis fibrocaseosa* w stan nieczynny. Gorączka nie zawsze występuje. Często przechodzi ta forma gruźlicy w *phisis fibrocaseosa corticalis* z grubymi zrostami opłucnej. Chorzy ci nieświadomi swego stanu chorobowego są źródłem zakażenia dla otoczenia, bo w plwocinie zawsze Koch dodatni. Przy *tuberculosis cavitaria stationaria* rzadko daje się odma przeprowadzić z powodu silnych zrostów opłucnowych tak że tylko leczenie tuberkuliną i leczenie klimatyczne może doprowadzić do dobrych wyników.

VII. *Phisis cavitaria ulcerosa:* Zmiany podobnie jak przy *stationaria.* Kawerna najczęściej umiejscowiona pod obojczykiem. Ciepłota ciała prawidłowa lub nieznacznie powiększona. W odróżnieniu od *Tbc. stationaria* chorzy wykazują mniejszy lub większy stopień charłactwa. Mięśnie na klatce piersiowej znajdują się w stanie mechanicznego podrażnienia. W odróżnieniu od gruźlicy zwykłej *(phtisis fibro caseosa)* chorzy wykazują wysoką allergję. Już minimalne dawki roztworu At. K o c h a wywołują silną reakcję. Rokowanie niezłe przy dłuższem leczeniu klimatyczno - dietetycznem z tuberkuliną.

W przychodni przeciwgruźliczej Tozu mamy przeszło 40% wypadków w leczeniu tuberkuliną. W wyborze trzymamy się mniej więcej form klinicznych podanych przez N e u m a n n a. Tylko w trzech wypadkach zpowodu silnej reakcji musieliśmy zaniechać dalszego leczenia tuberkuliną. Przy inteligentnym materjale chorych można przeprowadzić ambulatoryjne leczenie tuberkuliną. Chory dostaje kartę gorączkową na której skrupulatnie zapisuje 4 razy dziennie ciepłotę ciała. Wstrzykiwania stosujemy co 4 dni. W okresie menstruacji przerywamy leczenie tuberkuliną, ciąża natomiast nie jest przeciwwskazaniem. Rozczyn tuberkulinowy przygotowuje się świeżo za każdym razem a mianowicie rozcieńczenie 1 : 10 — 1 : 100, 1 : 1000 — 1 : 10.000, 1 : 100.000 — 1 : 1,000.000, 1 : 10 miljonów. Za pierwszym razem wstrzykuje się 1/20 — 2/20 strzykawki dwucentymetrowej specjalnej do terapji tuberkulinowej przeznaczonej roztworu 1/VI — 1 : 1,000.000 i odpowiednio do reakcji daje się stężenie wyższe lub pozostaje się na tym samym poziomie. Jako rozczynnik At. K o c h a służy *½% acid carbol* i *0,9% natrii chlorati aa.*

Pozwolę sobie podać w krótkości kilka przypadków gruźlicy leczonych tuberkuliną w przychodni przeciwgruźliczej Tozu z nader dobrym wynikiem.

Ozjasz W., lat 23, pomocnk handlowy zamieszkały we Lwowie. Zgłosił się do przychodni 2. XII. 1927.

W y w i a d y: Matka zmarła na gruźlicę. Ojciec i rodzeństwo zdrowe. Chorób przebytych w dzieciństwie nie podaje. Przed 2 laty krwotok płucny. Przed rokiem grypa. Obecnie czuje się źle, kaszle i poci się.

Badanie fizyk.: Na obu szczytach stłumienie sięgające do grzebienia łopatki. Dolne granice płuc ruchome. Przysłuchem szmery oddechowe zaostrzone na obu szczytach. Poniżej szmer oddechowy pęcherzykowy. Plwocina wykazuje nieliczne prątki Kocha.

W moczu Albumen —, Sacchar —.

Cieplota ciała 37,2.

Roentgen (Dr. T u m i d a j s k i):

Oba szczyty zaciemnione, pola podszczytowe gorzej powietrzne. Dość liczne starsze zmiany.

Rozpoznanie kliniczne: *Tuberculosis fibrosa densa (N e u m a n n).*

Chorego poddano ambulatoryjnemu leczeniu tuberkuliną i zaczęliśmy od dawki najsłabszej 0,1/VI — i doszliśmy do 1.0/VI. A. T. (po 4 miesiącach).

Chory czuje się zupełnie dobrze, pracuje zawodowo, nie kaszle, nie posi się i od czasu leczenia krwi w plwocinie nie zauważył.

Rózia R. Lwów, nie zamężna, lat 24.

W y w i a d y: Rodzice, rodzeństwo zdrowi. Z przebytych w dzieciństwie chorób podaje odrę. Od 2 lat kaszle i wydaje dużo flegmy. Z ramienia lwowskiej Kasy Chorych była leczona w Hołosku.

Menses regularne. W plwocinie Koch ++.

W moczu: albumen —, Saccharum —.

Badania fizykalne: Po stronie prawej stłumienie sięgające do połowy łopatki po stronie lewej do grzebienia łopatki. Dolne granice płuc mało ruchome. Przysłuchem nad szczytem prawym i wnęką liczne drobno i średnio bańkowe rzężenia dźwięczne. Po stronie przedniej prawej K r ö n i g zwężony i stłumienie do pierwszego żebra sięgające.

Roentgen (Kasa Chorych):

Oba płuca zwłaszcza prawe wykazują liczne plamko - pasemkowate gniska. W polu podszczytowem prawem *cavum.* rozpoznanie kliniczne *Tbc. fibro - ulceros.* Chora została przyjęta w leczenie 1. VI. 1928 roku. Zastosowano szereg injekcyj tuberkulinowych i doszliśmy do 1,0/IV.

Chora czuje się dobrze, kaszel zupełnie ustał. Ciepłota ciała prawidłowa.

Prątki okresowo obecne.

Kornela N., lat 34, Lwów, urzędniczka.

W y w i a d y: Ojciec umarł na astmę. Matka na *Ca ventriculi.* Chorób przebytych w dzieciństwie nie pamięta. Rok przebyła w sanatorjum. Obecnie czuje się źle, kaszle, wydaje dużo flegmy, poci się szybko się męczy.

Menses regularnie.

Ciepłota ciała 37,4.

W moczu: albumen—, Saccharum —.

W plwocinie Koch.

Badanie fizyk.: Po stronie lewej stłumienie do kąta łopatki, poniżej pasma szerokiego na 2 cm wykazującego wypuk jawny — stłumienie. Drżenie nieznacznie wzmożone po stronie lewej. Przysłuchem nad szczytem lewym szmery oddechowe zaostrzone. Nad wnęką lewą drobno i średnio bańkowe rzężenia dźwięczne. Po stronie lewej przedniej stłumienie. Nieznaczna denudacja serca. Przysłuchem szmery oddechowe zaostrzone. Nad podstawą serca tarcie. Po stronie prawej wypuk jawny. Szmery pęcherzykowe.

Rozpoznanie kliniczne: *Tbc. cavitaria stationaria.*

Po 14 zastrzykach tuberkuliną ciepłota ciała prawidłowa, przybytek na wadze, dobre samopoczucie.

7. V. 1928 roku próbowano założyć odmę. Udało się tylko wpuścić 120 cm powietrza przy ciś. począt. — 3 — 5 ciś. koń. — 14 — 15.

Roentgen (Kasa Chorych):

Płuco lewe częściowo uciśnięte, przytrzymane zrostem w okolicy *spina scapulae* i przepony. W kącie przeponowo żebrowym lewym nieco płynu. Z powodu silnych zrostów opłucnowych stosowania odmy zaniechano. Chora dostała jeszcze 16 wstrzyknięć tuberculiny czuje się dobrze, nie kaszle, nie gorączkuje i pracuje zawodowo. Z przypadków w krótkości przedstawionych widać, że tuberkuliną można w gruźlicy dużo osiągnąć, trzeba jednakowoż wiedzieć, kiedy ją zastosować. Jest ona jak Francuzi mówią *„difficile de manier, mais possible"*.

Lekarzowi naczelnemu przychodni Tozu WP. Dr. Marcinowi S e l z e r o w i za łaskawe pozwolenie korzystania z materjału przychodni i umożliwienie mi obserwacyj chorych czuję się zobowiązanym i dziękuję.

Piśmiennictwo:

Klinik der beginnenden Tuberculose Erwachsener. — Wilhelm N e u m a n n: Aerztliche Praksis. Heft 2 i 3. rok 1929. — N i c o l u. S c h r ö d e r: Die Lungentbc. Schriften zur Tbc. Pathologie. — R a n k e, B a k m e i s t e r: Lehrbuch der Lungenkrankheiten. — B r u g s c h u. K r a u s: Bd. 8. Lungenkrankheiten. Mediz. Klinik. Nr. 29, r. 1927. — Wiener Mediz. Wochenschrift Nr. 3 i 4. r. 1929. Pierre P r u v o s t: Tuberculose pulmonaire.

FEJLETON.

Dr. St. WOŁOSZCZAK. Lwów.

W sprawie popularyzowania wiedzy.

Popularyzowanie wiedzy w dziennikach odbywa się niekiedy w sposób tak naiwny i dyletancki, iż dziwić się wypada, jak redakcje dzienników (nawet wcale poważnych i poczytnych) mogą przyjmować i umieszczać zupełnie bezkrytycznie artykuły, pochodzące od ludzi niekompetentnych, lub wprost... od laików. Ponieważ są to często tematy bardzo ciekawe, aktualne i czytywane chętnie przez ogół czytelników, nic dziwnego, że ludzie nawet inteligentni, ale nie orjentujący się w danej kwestji, czy przedmiocie, przyswajają sobie wiadomości najzupełniej fałszywe, niekiedy wprost absurdalne. Postaram się to udowodnić na podstawie kilku przykładów z dziedziny medycyny, nietylko dlatego, iż ten dział wiedzy najbardziej nas obchodzi, ale i z tego względu, że artykuły tego rodzaju, umieszczane w dziennikach — niekiedy w specjalnych dodatkach — bywają bardzo skwapliwie i z dużem zainteresowaniem, przez najszersze warstwy czytelników — poprostu przestudjowywane.

I tak np. w „Dodatku literacko-naukowym" Ilustrowanego Kurjera codziennego z 25 lipca 1927, w artykule p. t. „Sztuczny raj na ziemi", czytamy: „W Europie używa się opium jako środka podniecającego bardzo mało". Otóż opium nie używa się wcale jako środka podniecającego, lecz wprost przeciwnie; jest ono bowiem typowym środkiem uspokajającym, uśmierzającym, nasennym. Bezpośrednio potem następuje zdanie: „Natomiast nader rozpowszechnioną jest pewna odmiana tego narkotyku znana pod nazwą morfiny", jest conajmniej bardzo nieścisłe, gdyż morfina nie jest jakąś odmianą opium, lecz alkaloidem, (wzgl. jednym z wielu alkaloidów) zawartym w makwcu, czyli opium. Fałszywie podane pochodzenie haszyszu tłumaczy się najprawdopodobniej niezupełną znajomością obcego języka, z którego autor (kryjący się pod kryptonimem: Kr.) to tłumaczył; haszysz bowiem jest „uzyskiwany z pewnej odmiany indyjskiego" konopi, a nie lnu. Nie rozumiem też dlaczego autor pisze: „Straszną odmianą haszyszu jest indyjska ganja", gdy ganja jest sobie tylko jedną z najlepszych odmian haszyszu, wzgl. konopia indyjskiego. W innem miejscu znowu pisze autor: „Najmodniejszą i najgorszą z wszystkich oszałamiających trucizn jest kokaina...", a kilka wierszy dalej, że „o wiele szkodliwszy jest arszenik", który „służy podobnym celom..." (co kokaina). Okazywałoby się z tego że oprócz najgorszych rzeczy, są jeszcze o wiele gorsze.

„Clou" wszystkiego stanowi jednak historja o muchomorze, którą przytaczam dosłownie: „Ludność północnej Syberji sporządza z tych grzybów (t. j. muchomorów) napój, którego działanie jest poprostu straszne. Trucizna to tak skoncentrowana, że oddech człowieka zatrutego może drugiego zatruć". Czy autor zastanowił się nad absurdalnością tego twierdzenia? Toż indywiduum, któreby było zdolne wydawać oddech, zatruwający drugie indywiduum, musiałoby być samo „skoncentrowanym" trupem i jako taki nie byłoby chyba zdolne do wydania choćby jednego oddechu. Najprawdopodobniej zachodzi i w tym wypadku swoistego rodzaju nieporozumienie, oparte na nieznajomości obcego języka, z którego anonimowy autor czerpał te wszystkie wiadomości.. Sprawa bowiem przedstawia się w ten sposób, że nie oddech, a mocz człowieka zatrutego (t. zn. znajdującego się pod wpływem „oszałamiającego" działania muchomoru) posiada identyczne — tylko w nieco słabszym stopniu — własności i wywołuje podobne objawy zatrucia, tak, że moczem „muchomorowym jednego osobnika można wywołać zatrucie „muchomorowe" u innego (drugiego) osobnika, tylko w nieco słabszym stopniu.

Na podobnym poziomie i w podobnym stylu domorosłych czarnych magów pisany jest artykulik lwowskiego „Wieku Nowego" (z ub. r. — daty dokładnej nie pamiętam) p. t. „Tajemnice zwrotnikowej rośliny", w którym autor zupełnie anonimowy pozwala sobie na tego rodzaju — powiedzmy delikatnie — nieścisłości, jak następuje: „Lecznictwo znajdzie tu nowy środek zbawienny, a ludzie nadużyją go jako narkotyku, jak nadużywa się opium i dalsze jego *„ekstrakty, to jest kokainę i morfinę"*. Najpierw, kokaina nie jest żadnym ekstraktem opiumowym, a powtóre ma ona tyle wspólnego z morfiną, co... autor z medycyną. A bądź co bądź jednego mają prawo żądać czytelnicy dzienników: oto, aby ich nie karmiono głupstwam.

Podobnie ma się rzecz ze zbyt pochopnem relacjonowaniem np. o rozmaitych znaleziskach, co okazuje się często albo nieścisłem, albo poprostu „bluffem". W tym wypadku powołam się na poważne czasopismo naukowe „Przegląd antropologiczny" Tom II. Zeszyt 1. 1927, którego artykulik, tyczący się tej kwestji, przytaczam dosłownie: „Niesprawdzone pogłoski o znalezieniu małpoczłowieka. Pisma niefachowe codzienne rozniosły po świecie niestwierdzoną wiadomość, że we wrześniu 1926 r. na Jawie nad rzeką Trinilem niedalego tego miejsca w którem w r. 1891 Dr. Eugenjusz Dubois znalazł szczątki *Pithecanthropus erectus* miano znaleść drugi całkowity egzemplarz tego zwierzęcia. Później podano, że to nie była czaszka, a tylko jej odcisk w kamieniu porowatym pochodzenia wulkanicznego, z zachowaniem kości czołowej, prawej połowy ciemienia, kości skroniowych i łuków nadbiodrowych. W grudniu 1926 roku w czasopiśmie angielskiem „Nature", w którem była podana pierwsza o tem wiadomość, wyjaśniono, że tuziemcy znaleźli nie czaszkę, lecz tylko jej odcisk skalny, a Dubois stwierdza, że był to tylko odcisk główki kości ramieniowej słonia".

Pomijając wypadki ogłaszania popularnie redagowanych artykułów, a nawet podręczników, przez ludzi fachowych w danej dziedzinie wiedzy, ale pisanych specjalnie dla dzienników, czy też dla wydawnictw popularnych, nienależycie i niesumiennie przemyślanych, wzgl. opracowanych, (a co jest może najprzykrzejsze i najszkodliwsze, ale na szczęście zdarza się bardzo rzadko!) chciałem zwrócić uwagę przedewszystkiem na zaznaczone na wstępie fakty lekkomyślnego i bezkrytycznego umieszczania w pismach codziennych artykułów pseudo-naukowych, mających się rzekomo przyczynić do spopularyzowania danej gałęzi wiedzy, które to „referaty", pisane przez laików, nie tylko ośmieszają danego autora, ale i Redakcję danego pisma, a w pierwszym rzędzie, — co jest najważniejsze — wprowadzają w błąd czytelników, którzy przyjmując te rzeczy z całem zaufaniem, wyrabiają sobie zupełnie fałszywy pogląd na daną kwestję, wzgl. przyswajają sobie fałszywe, nieraz wprost komiczne, lub nonsensowe wiadomości.

Jedynym środkiem zapobiegającym publikowaniu tego rodzaju grafomańskich wypracowań byłoby ignorowanie ich, przez umieszczanie... w redakcyjnym koszu, (co byłoby może najprostszem i najracjonalniejszem) albo też poddawanie ich przez Redakcje uprzedniej ocenie ludzi fachowych, wzgl. specjalistów, o których w większych miastach nie jest zresztą wcale trudno. A chociaż — według mego zdania — my, lekarze, bezpośrednio nie wiele możemy zdziałać, by tym zjawiskom zapobiedz, to jednak sądzę, że w razie potrzeby, wielu z nas poświęci chętnie w takim wypadku swą wiedzę i trochę czasu dla dobra prasy, czytelników i nauki. Celem wyczerpania możliwie wszystkich zagadnień i spraw z tem związanych, dodam w nawiasie, że ewentualna kwestja finansowa posiadałaby w tym wypadku dla Redakcyj minimalne znaczenie i z pewnością nie dałaby się nawet odczuć.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Dr. Med. Józef Wacław Grott: *Cukrzyca, podręcznik dla lekarzy i chorych*, z przedmową prof. Dra Med. Witołda Orłowskiego. Wyd. Trzaska, Evert i Michalski, Warszawa.

Silnie daje się odczuwać w Polsce brak książek lekarskich popularnych, któreby szerzyły wśród chorych podstawowe wiadomości lecznicze i djetetyczne i ułatwiały lekarzowi jego ciężką pracę. Na zachodzie roi się od szeregu wydawnictw, które obrały sobie za cel uświadamiać społeczeństwo, co do niebezpieczeństw wynikających z lekkomyślnego zaniedbania objawów chorobowych i unikania porady lekarskiej. Szczególnie tyczy się to schorzeń przemiany materji, głównie cukrzycy.

Z zadowoleniem powitać należy książkę Grotta, stanowiącą pomost między lekarzem, a chorym, czyniąc współpracę możliwą. Chory znający swój stan, chętniej i ufniej szuka pomocy u lekarza. Książka Grotta spełnia w zupełności to zadanie. Pisana jasno i zrozumiale, może służyć za wzór książki popularnej. Nie zapomniał w niej autor o niczem. Począwszy od wytłumaczenia na czem polega cukrzyca i jej objawy, przechodzi do zasad jej leczenia. Omawia skład chemiczny produktów spożywczych, podaje również tablice chemicznego składu ważniejszych artykułów, opracowanych wedle tablic Schall-Heislera, Labbe'go i Joslin'a. W osobnym rozdziale zapoznaje autor chorego z techniką układania djety, posiłkuje się pokarmami najprostszemi zarówno, co do ich jakości jak też sposobu przyrządzania. Przytacza kilka wzorów djet, które mogą być wykonane w najprymitywniejszych warunkach. Autor nie zapomina i o kuchni. Dość szczegółowo opracował przepisy co do sposobu przyrządzania potraw tak ważnych dla djabetyka. Przepisy zebrał względnie zapożyczył autor z innych podręczników o cukrzycy: Joslin'a, Nordena, Cooperów, Maclean'a i in. Po zapoznaniu chorego z djetetyką przechodzi do leczenia insuliną. Zwięźle, przykładowo podaje znaczenie insuliny w cukrzycy. Słusznie postąpił autor, że poświęcił kilka stronic omawianiu techniki zastrzyków. W praktyce niejednokrotnie zmuszony jest lekarz pozostawić choremu wstrzykiwanie insuliny, a każdy z osobistej praktyki wie, ile trudności napotyka się, zanim wytłumaczy się choremu higjenę, dezynfek-

cję i technikę zabiegu. Tu książka ta staje się dzielnym pomocnikiem.

Autor poleca prowadzenie dziennika z odpowiedniemi notatkami, w którym lekarz wpisywać powinien wszelkie zlecenia mające być w domu przez chorego wypełniane. Zaoszczędzi to, zdaniem autora, podczas następnych odwiedzin chorego dużo czasu lekarzowi z większą korzyścią dla leczenia choroby.

W rozdziale praktycznym o higjenie chorego i zapobieganiu powikłaniom zwraca uwagę autor na stan psychiczny chorego, na pielęgnację zębów, które w cukrzycy znajdują się zwykle we wielkiem niebezpieczeństwie, na prawidłową czynność żołądka, omawia i kwestję małżeństwa. Osobny rozdział traktuje o wczesnem rozpoznawaniu utajonej cukrzycy, oraz o badaniu moczu. Krótki zarys historyczny badań nad cukrzycą zamyka tę książeczkę.

Książeczka ta łatwym, dostępnym stylem i zajmująco napisana, powinna się znaleźć w każdej bibljotece podręcznej lekarza oraz zasługuje na rozpowszechnienie wśród chorych.

———————

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Higjena życia codziennego, rok IV. Nr. 6, z czerwca 1929: Rozmaite popularne pouczenia z dziedziny higjeny życia codziennego.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, Nr. 28, z 14 lipca 1929: A. Dłuski: O sztucznej soli karlsbadzkiej. — Nowe leki. — Rozporządzenia i okólniki władz. — Sprawy zawodowe. — Sprawozdanie z konferencji zwołanej przez Państwowy Instytut Eksportowy.

Medycyna Warszawska, rok 1929, Nr. 2 (21), z 15 lipca 1929 R. Bichler: Trąd. — W. Arciszewski: O znaczeniu roli zjawiska wydolności tłumikowej w biologji i medycynie na stopień stężenia jonów wodoru. — M. Peker: Współczesne poglądy na etjologję i patogenezę ostrego gośćca stawowego. — L. Ligęza: O rozpoznawaniu ostrych spraw zapalnych gardła. — A. Galewski: Rola śledziony w przemianie materji. — M. Zweigbaum: Wspomnienie pośmiertne o T. Jasieńskim.

Zdrowie, rok XLIV, Nr. 7, z lipca 1929: Z. Karłowski: Szczepionki: pasteurowska i karbolizowana w Zakładzie Pasteurowskim w Warszawie.

Wiedza Lekarska, rok III, zeszyt 4, z kwietnia 1929: René Leriche: Obecny stan chirurgji układu współczulnego. — A. Ciągliński: W sprawie artykułu „Seroprofilaktyka chorób zakaźnych". — H. Sparrow: Odpowiedź na pismo Pana Doktora A. Ciąglińskiego w sprawie artykułu „Seroprofilaktyka chorób zakaźnych.

Nowiny Społeczno-lekarskie, rok III, Nr. 14, z lipca 1929: Sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby lekarskiej za rok 1928. — St. Czerwiński: Wpływ alkoholizmu na przestępczość. — Z organizacyj lekarskich. — Umowa pomiędzy Zarządem Kasy Ch. m. Warszawy w osobie jej Komisarza p. Rożnowskiego K., a Zrzeszeniem Lekarzy Kasy Chorych m. Warszawy w osobach Dr. W. Stefańskiego, Dr. W. Klimaszewskiego i Dr. Cz. Jaworskiego.

Lekarz Polski, rok V, Nr. 7, z 1 lipca 1929: M. Pomorski: Lekarze o lekarzach. — M. Zachert: Działalność przychodni przeciwjaglizych w r. 1927. — Z Naczelnej Rady Zdrowia. — Z Sądu Najwyższego. — Z Najwyższego Trybunału Administracyjnego. — Medycyna społeczna zagranicą.

Przegląd Zdrojowo-Kąpielowy, rok XVIII, Nr. 5, z 15 lipca 1929: L. Korczyński: Rozwój i stan obecny polskiego zdrojownictwa i polskich uzdrowisk. Uzdrowiska jako czynnik gospodarczy. — A. Schwarzbart: Znaczenie metody inhalacyjnej dla polskich zdrojowisk.

———————

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

XLVI. Nr. 1.

Ch. Elsberg: *Pozaoponowe nowotwory rdzeniowe.* Z wyjątkiem nowotworów śródrdzeniowych i nowotworów śród- i pozaoponowych przerzutowych, stanowią nowotwory pozaoponowe około jedną czwartą wszystkich nowotworów rdzenia.

Meningealne i perineuralne nowotwory (*fibroblast.*) tworzą 17% extraduralnych i 82% intraduralnych, zaś mięsaki i chrzęstniaki 61% extra. i 6% intraduralnych.

W ogólności przebieg kliniczny nowotworów extraduralnych jest bardziej nagły, a objawy wybitniejsze. Z wyjątkiem nowotworów extraduralnych przerzutowych 52% tworzą pierwotne a 48% wtórne nowotwory.

Przeważna część pierwotnych ma charakter dobrotliwy (*fibroblast, fibr., ang., chondr.*).

Nowotwory wtórne wrastają do kanału kręgowego przez otwory międzykręgowe lub przez zniszczoną kość. Przebieg ich jest zwykle gwałtowny.

Autor omawia dokładnie różne typy nowotworów, a głównie ich obraz mikroskopowy i technikę ich usuwania. Zdaniem jego większa część pierwotnych i wiele wtórnych nowotworów extraduralnych daje się usunąć zupełnie. Autor omawia technikę transduralnego usuwania tych nowotworów.

Zupełne usunięcie nowotworów przerzutowych jest niemożliwe Więcej niż jedna trzecia pacjentów z pierwotnymi lub wtórnymi nowotworami extraduralnymi może być zupełnie wyleczona.

D. Mackenzie: *Jednostronna aplasia nerki.* Aplasia nerki jest częstsza po stronie prawej. Zwykle i nerka przeciwna jest zmieniona. Autor przytacza sześć przypadków.

E. Clayton: *Rak przełyku.* Z 41 przypadków raka przełyku wystąpiły przerzuty powyżej przepony w 22. Z tego w 9-ciu przerzuty były rozległe, w 11-tu w wątrobie, a w 8-miu tylko w gruczołach chłonnych,

Przerzuty ponad przeponą były obecne w 9-ciu przypadkach, z tego w 4-ch rozległe. W 18-tu były one ponad i pod przeponą równocześnie.

25% przypadków nie wykazywało przerzutów jakkolwiek w jednym z nich przyszło do przebicia nowotworu do jamy opłucnej i wytworzenia się ropnego otoku.

B. Lipshutz: *Uszkodzenia dużych tętnic.*

A. Blalock: *Działanie eteru chloroformu i chlorku etyl. na ciśnienie krwi.*

Ch. Farr: *Otok ropny opłucny u dzieci.* Śmiertelność dzieci po otoku ropnym jest bardzo wysoka. Autor twierdzi, że czas jaki upływa między początkiem choroby a rozpoznaniem jest rzeczą wtórorzędną. Główną rolę odgrywa rodzaj zakażenia, ogólny stan odporności dziecka. Śmierć przy otoku jest prawie zawsze spowodowana ogólnem wycieńczeniem i powikłaniami.

Nawet operacyjne sposoby leczenia mają mały wpływ na poprawę rokowania.

Janik (Lwów).

Long Island Medical Journal.

Vol. 23. Nr. 3. Marzec 1929 r.

J. S. Horsley: *Wpływ badań fizjologicznych na chirurgję.*

Pedro Platon: *Przedziurawione wrzody peptyczne.* Na 41 przypadków przedziurawionych wrzodów, leczonych chirurgicznie w 9 osiągnięto wyniki zadawalniające przy użyciu kauteryzacji i zamknięciu przedziurawienia. Wszystkie przypadki leczone przez zamknięcie przedziurawienia i gastroenterostomję doznały pełnego wyleczenia. W jednym przypadku dobry wynik osiągnięto przez użycie pakowania (paeking) na przeciwległym miejscu przedziurawienia. W przypadkach, w których przeprowadzono gastroenterostomję, nie rozwinęła się peritonitis. Leczenie przedziurawionego wrzodu peptycznego jest punktem ścierania się najrozmaitszych zdań. Autor na podstawie osobistych doświadczeń dochodzi do przekonania, że gastroenterostomja powinna być doprowadzoną do szwu przedziurawienia.

W. H. Donnelly: *Pedjatrja.* (Szkic rozwojowy).

S. S. Samuels: *Nowe poglądy na Thromboangitis obliterans. Rozpoznanie i leczenie.* Dobry wynik terapeutyczny zależy w pierwszym rzędzie od wczesnego rozpoznania schorzenia. By osiągnąć to należy użyć wszelkich metod, stojących do naszej dyspozycji. Badania szczegółowe i dokładne wymagają użycia oscilometru i całego szeregu doświadczeń próbnych. Rozpoznawszy chorobę przeprowadzić należy odpowiednie leczenie, mające na względzie w pierwszej mierze polepszenie obiegu pobocznego. Wagę należy kłaść na usunięcie zwężającego efektu nikotyny. Ucieczki w amputacji szukać należy w przypadkach rozpaczliwych.

W. M. Brunet: *Choroby weneryczne w mieście New-Yorku.* (C. d. n.). Opisy przypadków ze szpitala „The Kings Comty Hospital" miasta New-Yorku. Septicaemia. Angina Vincenta.

Przegląd książek. Nowości lekarskie.

Dr. Ungar (Lwów).

The Journal of Nervous and Mental Disease. An American Journal of Neuropsychiatry (1874).

Vol. 69. Nr. 2. February 1929. Str. 120.

W. Malamud i K. Lowenberg: *Znaczenie naczyń włoskowatych w patogenezie porażenia ogólnego.* W 6 przypadkach, badanych przez autorów zdaje się zachodzić wyraźny paralelizm pomiędzy typem i umiejscowieniem naczyń włoskowatych i tkanek, które wypełniają. Nasuwa się zatem myśl, iż w patogenezie porażenia ogólnego, naczyńka włoskowate korowe tworzą most, przez który przewala się proces do miąższu. Mechanizm podlegający temu związkowi tłumaczony jest badaniami płynu krewno-mózgowo-rdzeniowego (blood-cerebrospinal fluid) w porażeniu ogólnem (i innych stanach organicznych) oraz jego wahań podczas leczenia malarją.

H. G. Wolff: *Hemiatrophia facialis progressiva.* Autor opisuje przypadek połowicznego zaniku twarzy, powikłanego epilepsją i anisokorją. Przypadek tyczy się 37-letniej kobiety, skarżącej się na drgawki, występujące głównie w nocy, na stale wzrastający zanik substancyj na prawej stronie twarzy i cały szereg ogólnych, okresowych, bolesnych objawów. Wwieku 25 lat chora przebywała w szkole pielęgniarek. Po 6 miesiącach przeznaczoną została do służby nocnej na oddziale zakaźnym. Po miesiącu chora odczuwać zaczęła silne bóle głowy, głównie czołowe. Bolom towarzyszyła sapka (coryza). Nastał okres bezsenności oraz braku bystrości duchowej. Radziła się lekarza, który przypuszczając schorzenie jamy (sinus), sporządził szereg roentgenogramów. Te wykazywały prawidłowość sinusów. Bóle głowy zaczynały zwolna ustępywać; chora w tym okresie w ciągu 4 miesięcy po opisanej chorobie przybrała znacznie na wadze (z 68 kg wzrosła do 83,5 kg). Rok później waga wynosiła 76 kg, podczas gdy waga chorej w okresie badania przez autora wynosiła 69 kg. 12 lat temu w czasie wybuchu straciła prawą rękę. W następnym dniu zauważyła, że prawa strona twarzy zbladła. 6 miesięcy później fotograf zwrócił jej uwagę na asymetrję twarzy, na zmniejszoną stronę prawą. Podczas następnych 10 lat atrofija twarzy stopniowo stawała się wyraźniejszą. Przed 1½ laty odkryła chora u siebie mimowolne moczenie *(Enuresis)*. Kilkakrotnie budziła się leżąc na podłodze. Przed rokiem zerwała się nagle ze snu z krzykiem, współlokatorka spostrzegła wówczas u chorej drgawki całego ciała. Od tego czasu napady drgawek powtarzały się w przerwach 2 tygodniowych. Występowały nagle, zawsze w nocy, głównie między 4—5 nad ranem. W tydzień po pierwszym ataku uszkodzony został zmysł smaku; wszelkie potrawy straciły swój właściwy smak, chora miała zawsze uczucie smaku „miedziowego" (brassy). W okresie między powyższymi napadami odczuwała i podczas dnia zawroty. Niezależnie od napadów drgawek u chorej rozwinął się szereg objawów; ręce i nogi były zimne, dokuczało jej swego rodzaju właściwe uczucie na prawej stronie twarzy w postaci swędzenia *(„deep itching")*, które nie ustępowało po silnem tarciu i szkrabaniu.

Ciekawem jest, że drgawki w większości opisanych przypadków występują kilka lat po wystąpieniu atrofji połowicznej twarzy. Choroba zakaźna z bólem głowy i bezsennością, z następującym, krótko trwającym wzrostem wagi i rozszerzeniem prawej źrenicy, wskazuje na schorzenie systemu nerwowego, nasuwa przypuszczenie, że chora przeszła zapalenie mózgu. Hansen i Goldhofer przedstawili przypadki ze zwężeniem jednej źrenicy, jako następstwa *encephalitis*. Nierówność źrenic w ich przypadkach stowarzyszoną była z innymi dowodami jednostronnej autonomicznej zmiany jak zmianami w ślinieniu, poceniu, tkance mięsnej, w napięciu naczyń krwionośnych i odczynu pilomotorycznego. Barkman opisuje przypadek hemiatrofji twarzy postępującej u 10 letniego dziecka krótko po chorobie zakaźnej, charakteryzującej się wysoką gorączką trwającą 6—7 tygodni. Trzy lata później wystąpiły drgawki, które poprzedzała aura prawostronna. Badania w wieku 20 lat wykazały oprócz atrofji, zwężoną źrenicę. Barkman dowodzi, że chorobą infekcyjną przebytą w dzieciństwie była gruźlica i że zmiany szczytowe zabliźnione zamknęły ganglion sympaticum cervicale superior, wywołując zmiany zanikowe oraz źrenicy. Zdaniem autora prawdopodobnie przyczyny hematrofji twarzy postępującej szukać należy w systemie autonomicznym. Nie zaprzecza, iż uszkodzenie jednej ze struktur obwodowych tego systemu może wywołać rozlane zmiany, opisywane w szeregu przypadkach.

J. Fulton i O. Bailay: *Przyczynek do pracy o nowotworach w okolicy III. komory.*

J. E. Jeliffe: *Napady okulogyriczne, jako poniewolne fenomena po zapaleniu mózgu.* (Ciąg dalszy nastąpi).

Opisy przypadków z literatury światowej. W rozdziale tym cytowanymi są Rothfeld i Falkiewicz z literatury lekarskiej polskiej.

(Rothfeld, Falkiewicz: Ueber Zwangsbewegungen und Zwangsschauen bei epidemischer Encephalitis. Deutsch. Zeitschr. f. Nerven. 85. 269. 1925).

Sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa neurologicznego w New-Yorku. Przegląd bieżącego piśmiennictwa.

Dr. Ungar (Lwów).

RUCH W STOWARZYSZENIACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie Lwowskie.

III. Posiedzenie naukowe z dnia 8 lutego 1929 r.
Przewodniczy kol. Gąsiorowski.

1) Kol. Schusterówna przedstawia i omawia *nowotwór przysadki mózgowej.*

W dyskusji kol. Arend opisuje obraz kliniczny tego przypadku.

2) Kol. Ziembicki w wykładzie omawia swoje przypadki *żółtego zaniku wątroby.* Na wstępie poświęca ogólne uwagi w tej sprawie, przypomina wzmożoną o niej dyskusję w piśmiennictwie najpierw po wprowadzeniu salwarsanu, następnie po wojnie, w obu okresach spowodowaną przyrostem przypadków. Omawia krytycznie wysuwane przez rozmaitych autorów przypuszczalnie przyczyny, jak kiła, salwarsan, zmiana warunków żywnościowych w okresie wojennym, nawet pasorzyty. Stwierdza, że żadnej z tych przyczyn nie udało się na ogół ustalić jako bezpośrednio wywołującej, jakkolwiek niejedna z nich może mieć w powstawaniu zaniku wątroby znaczenie usposabiające. Zdaje się nie ulegać bowiem wątpliwości, że przyczyny tego procesu mogą być najrozmaitsze. Kollman zestawia je jak następuje: I. Jady, lub trucizny martwe: 1) Chemicznie znane, jak fosfor, arsen i in., 2) Nieznane jady pochodzenia żywnościowego, 3) Ciała anafilaktogenne (obce białka, ciąża). II. Jady żyjące 1) Lues, 2) Spirochete icterogenes (Morbus Weili), na co m. i. zwrócił uwagę Hart. III. Cholangitis (Umber). W dalszym ciągu podnosi prelegent zdobycze ostatnich lat kilkunastu, które obok ostrego zaniku wątroby ustaliły istnienie postaci przewlekłych i podostrych (Straussa atrophia lenta), przytacza przypadki autopsiae in vivo (zmiany stwierdzane w czasie operacyj), wynikłą stąd polemikę, nakoniec zajmuje się sprawą stosunku zaniku wątroby do żółtaczki wogóle, zwłaszcza do t. zw. żółtaczki nieżytowej, a wreszcie do zmian, stojących na granicy marskości.

Przypadki własne.:

1) Marja N., zarobnica, lat 16. Po całomiesięcznem chorowaniu wśród bólów w jamie brzusznej, bólu krzyżów i żółtaczki, zgłosiła się do szpitala, gdzie przebywała od 14. IV., do 17. IV. 1913 z rozpoznaniem icterus catarr. Wraca dnia 5. V. z objawami niedomogi serca i nerek, obrzękami, płynem w jamie brzusznej, przyczem jednak zdradza silny niepokój, podniecenie, zaburzenia świadomości. W końcu popada w śpiączkę i umiera dnia 22. V. Rozpoznanie oddziałowe było czysto objawowe. Sekcja wykazała przewlekły żółty zanik wątroby.

2) Marja Ł., przy rodzicach, lat 19. Od lat cierpiąca na serce, od roku wybroczyny na skórze, od 2 tygodni krwawienia z błon śluzowych. W szpitalu przebywa 5 dni, od 25. X. do 30. X. 1913. Exitus. Rozpoznanie:*Endoc. chr. sub f. ins. v. mitr. in stad. incomp., venost. orgg., ascites, anasarca, anaemia gravis* (c. czerw. 1½ mil.) *purpura haemorrh.* Sekcja potwierdza te szczegóły, obok tego wykazuje przewlekły żółty zanik wątroby. Uwagę zwraca: brak żółtaczki, wątroba macalna, twarda, o brzegu wystającym z pod łuku.

III. Franciszka Cz., robotnica, lat 22. Po tygodniowej chorobie (nudności, wymioty, żółtaczka) przyjęta do szpitala, gdzie po 9 dniach umiera 18. II. 1922. Rozpoznanie oddziałowe: *Atrophia hep. flava acuta.* Sekcja potwierdza. W przypadku tym ciężka żółtaczka, śpiączka, wątroba zmniejszająca się w ciągu obserwacji. Jedyny przypadek z leucyną i tydozyną w moczu. Wasserman 4.

IV. Helena J., robotnica, lat 20. Choruje miesiąc (żółtaczka, nudności, osłabienie), do szpitala przyjęta dnia 27. II. 1922, umiera 3. III. z rozpoznaniem: *Atr. hep. flava acuta.* Sekcja potwierdza to rozpoznanie. I tu jak w poprzednim przypadku ciężka żółtaczka śpączka, wątroba zmniejszona. Wassermann 4.

V. Młoda kobieta w domu prywatnym. Przebieg burzliwy, śmierć. Objawy jak w dwu poprzednich przypadkach, przemawiały za zanikiem ostrym wątroby. 1922.

VI. Anna K., służąca, lat 26. Listopad 1928. Choruje około 2 miesięcy. W tym czasie dwukrotnie w szpitalu. Żółtaczka, bóle dołku, stan ogólny dobry, zdolność do pracy utrzymana. Sensorium do końca niezaburzone, z wyjątkiem 2 dni ostatnich. Objawy przemawiały raczej za żółtaczką zastoinową. Wątroba wystająca, dobrze macalna. Prześwietlenie wskazało na możliwość istnienia guza trzustki, co spowodowało oddanie chorej w ręce chirurga. *Cholaemia, exitus.* Sekcja wykazała przewlekły zanik wątroby. Wassermann ujemny.

VII. Rozalia C., żona zarobnika, lat 27. Obserwacja szpitalna 5-dniowa. 9. I. do 13. I. 1929. Exitus. Rozp. kliniczne: *Atr. hep. flava acuta.* Sekcja potwierdza. Objawy jak w przypadkach III. i IV. Wassermann ujemny. Graviditas 5 mies. Podejrzenie co do zażycia środka poronnego, chora wśród majaczenia wspominała o jakimś środku wewnętrznym. W przypadku tym mocz wydzielał jakiś nie dający się bliżej określić aromatyczny zapach. Badania w toku, dotychczas żadnego wyniku nie dały.

Zestawienie wykazuje więc razem 7 przypadków, z czego 4 ostre, 3 przewlekłe. Etjologja ciemna we wszystkich. Wassermann dodatni był w dwu przypadkach. Salwarsan nie był stosowany, o ile dało się stwierdzić w żadnym. W żadnym też nie można było przyjąć zatrucia fosforem. Jeśli chodzi o domysły, to jeszcze zauważyć należy, że jedna z chorych jako pracownica cukierniana (przyp. III.) miała sposobność spożywania większej ilości sacharyny (było to w okresie braku cukru). W innym przypadku (IV.) w płynie wydobytym z woreczka żółciowego (w czasie sekcji) wykazano drobnoustroje pokrewne grupie durowej, ostatecznie jednak niezidentyfikowane z powodów od oddziału niezależnych. W innym przypadku chora cierpiała na ciężką niedokrwistość z objawami pod koniec krwotocznymi. W jednym istniała ciąża. W tym samym być może działała jakaś wprowadzona trucizna.

Rozpoznanie zdaniem prelegenta nie jest zbyt trudne w przypadkach ostrego zaniku. Wszystkie cztery przypadki ostrego zaniku były za życia rozpoznane. Prelegent podkreśla 3 zasadnicze objawy: ciężka żółtaczka, zmniejszenie wątroby, zajęcie sensorium. Co do żółtaczki, zauważył we wszystkich swoich przypadkach odcień wpadający w okrowy. Leucyny i tyrozyny nie uważa za warunek rozpoznawczy, co zresztą jest już znane z piśmiennictwa. Spotkał je tylko w jednym przypadku. Co się tyczy postaci przewlekłych, to tu już rozpoznanie może napotykać na trudności nawet nie do przezwyciężenia. Oba przypadki przedwojenne (1913) opisał był sekundarjusz oddziału, Dr. Mund. Niestety wojna uniemożliwiła ogłoszenie tej pracy, po wojnie zaś przypadki przewlekłego zaniku nie były już rzadkością. Na uwagę wszakże zdaniem prelegenta zasługuje wynik badania rentgenowskiego w ostatnim przypadku przewlekłego zaniku (1928). Prześwietlenie wykazało mianowicie przesunięcie części odźwiernikowej żołądka na prawo, co wzbudziło podejrzenie rentgenologa na guz trzustki i spowodowało laparotomję próbną. Ani chirurg ani anatom nie znaleźli ani guza trzustki ani żadnego innego ciała, któreby działało przemieszczająco na część oddźwiernikową. To przemieszczenie tłumaczy sobie prelegent w ten sposób, że w następstwie zaniku wątroby i zepchnięcia jej przez tłocznię brzuszną na prawo i ku ścianie klatki piersiowej, przesunęło się z jednej strony ligamentum hepato-duodenale na prawo, z drugiej zaś ruch żołądka poszedł w kierunku mniejszego oporu i spowodował bardziej poziome, na prawo zwrócone ustawienie części odźwiernikowej. Na te szczegóły warto więc, zdaniem prelegenta, w przyszłości zwrócić uwagę, aby się przekonać, czy nie zyskujemy w nim jednego z objawów, ułatwiających rozpoznanie zaniku wątroby, w przypadkach zwłaszcza przewlekłych tak trudnego.

W dyskusji Kol. Opieński: Przypadek VII (Rozalja C.), jest ciekawy tak z punktu sądowo-lekarskiego, jak i kliniczno-chemicznego. Badanie chemiczne wnętrzności po sekcji nie wykazało ani fosforanów, ani arszeniku, ani innych mineralnych trucizn, również nie wykazało ergosteryny (sporyszu) lub innych środków t. zw. spędzających płód. Badanie na ewent. estry szafranu dotychczas nieukończone. W moczu stwierdzono tyrozynę, nie wykazano leucyny. Badanie bakterjologiczne osadu moczu jest w toku.

Kol. Pisek. Dawniej uznawaliśmy tylko ostry zanik wątroby *atrophia acuta flava hepatis.* Zgodzić się trzeba z prelegentem który obecnie wyodrębnia postać przewlekłą — jakkolwiek już przed dwudziestu kilku laty — sam pisałem o przypadkach przewlekających się czasem do pięciu tygodni [1]). Pamiętać trzeba że zdarzają się przypadki w których choroba nagabuje osoby zupełnie zdrowe gdzie wszelkie dociekania etjologiczne są płonne — obok innych przypadków w których etjologję przecież wykryć możemy. Przypadek w „rodzinie lekarskiej" o którym prelegent wspomniał i który również badałem, zakończony śmiercią — pozostał etjologicznie niewyjaśniony.

Trucizny, w najogólniejszem znaczeniu, działające na komórkę wątrobną a szczególnie na komórkę o już chorobliwie upośledzonej odporności — wyzwalają w miąższu wątroby — może i w trzustce — zaczyny prowadzące do zniszczenia wątroby. Ten autolityczny proces, rozpoczynający się za życia, może rozwijać się dalej po śmierci i daje nam na stole sekcyjnym znany klasyczny obraz zanikłej żółtej wiotkiej, do połowy, nieraz do $^1/_3$ zmniejszonej wątroby.

Salwarsan, kiła i ciąża jako czynniki etjologiczne — obok szeregu innych czynników etjologicznych muszą być rozmaicie oceniane. Niewątpliwie może salwarsan uszkodzić wątrobę — stosowany, jak się niedawno (1926) wyraził G. Klemperer — w zbyt małych a przedewszystkiem w zbyt dużych dawkach a przy żółtym kiłowym zaniku wątroby jest „jedynym lekiem mogącym chorobę wyleczyć". Oprócz późniejszych okresów kiły wiemy, że Icteres lueticus praecox, w razie głębszych zmian komórek wątrobowych przejść może w ostry lub podostry kiłowy zanik wątroby i to nawet u chorych nigdy salwarsanem przedtem nie leczonych. Tem bardziej musimy pamiętać że zwyczajna — niesłusznie nazwana — nieżytowa żółtaczka, będąca wszak najlżejszą postacią miąższowego zapalenia wątroby, może być wstępnym okresem żółtego zaniku wątroby. Jasną rzeczą jak należy być ostrożnym w rokowaniu.

Co do ciąży — działać mogą oprócz zakażenia połogowego i „zakażenie ciążowe" a może i uraz z powodu zwiększonej macicy.

Co do objawów to z własnego doświadczenia (w ciągu kilku dziesiątek lat 6—8 przypadków) zaznaczyć wypada że w początkach obok żółtaczki stwierdza się tkliwość czasem bolesność, czasem powiększenie wątroby. Po kilkunastu dniach wątroba poczyna się zmniejszać, najpierw płat lewy, w moczu ślad białka, nieraz tyrozyna i leucyna. Wśród prawie z dnia na dzień zmniejszającej się wątroby o nieznacznej gorączce — czasem hipotermji — stwierdza się dopiero krótko przed śmiercią wysoką gorączkę do 40° C dochodzącą. Zjawiają się wymioty, czasem fusowate, zamroczenia występujące w pierwszych dniach wzmagają się aż do utraty przytomności, majaczenia przypominające obłęd opilczy (Delirium tremens). Opisywano przypadki w których tego rodzaju chorych w pierwszych już dniach odsyłano na oddziały umysłowo chorych. Również występują i drgawki. Gromadzenia się wolnego płynu w jamie brzusznej (niektórzy autorowie mówią o 20% przypadkach takich) ani bólów silniejszych (kolki) nie stwierdzałem. Do częstych zjawisk należą krwotoki [2]). Wszystkie moje przypadki zakończyły się zejściem śmiertelnem.

Rokowanie obecne — zwłaszcza w przypadkach przewlocznych na tle kiłowem — nie jest, jak przedtem, tak bezwzględnie złem. G. Klemperer i Nathorff opisują w jednym przypadku wyleczenie trwające już kilka lat.

Jakkolwiek i dziś należą przypadki wyleczenia do białych kruków to przecież poświęciłem w pracy mojej dość miejsca i terapji. Wspominam tam (l. c.) o starym olejku terpentynowym (przy otruciach fosforem), o lekach przeczyszczających, o kalomelu z jalapą, benzonaftolu i td.—o terapji prawie tej samej, o której dwadzieścia przeszło lat później pisze słynny znawca schorzeń wątroby Minkowski (w zbiorowem dziele Mehringa). Dziś leczenie ma wytkniętą drogę w przypadkach o etjologji kiłowej (Salwarsan i Hg); nawet w przypadkach o przebiegu gwałtownym, piorunującym, o nieznanej etjologji a więc straconych prawie, salwarsan nie zaszkodzi a jakaś poprawa nie jest wykluczona — bo właśnie mógłby to być przypadek pochodzenia kiłowego.

Kol. Sołowij omawia żółty zanik wątroby ze stanowiska ginekologa; Kol. Goldschlag ze stanowiska dermatologa.

Kol. Fels obserwował przed 2 laty wspólnie z kol. Reichensteinem również przypadek u 55 letniej kobiety, która nigdy nie cierpiała na kolkę żółciową a zaczęła skarżyć się na bóle w okolicy wątroby. Bóle utrzymywały się przez kilka tygodni, rozwijała się żółtaczka, aż wreszcie zjawiła się wysoka gorączka, majaczenia i chora zginęła szybko wśród objawów ostrego zaniku wątroby. Kol. Opieńskiemu zwraca uwagę, że używanie szafranu jako środka wywołującego poronienie jest i w naszych stronach rozpowszechnione.

Kol. Sochański opisuje dwa przypadki omawianego schorzenia, spostrzegane na klinice wewnętrznej.

Kol. Gąsiorowski: Różnorodność przyczyn, wywołujących żółty zanik wątrobowy, przemawia za tem, że schorzenie

---

[1]) Por. W. Pisek w III t. zbiorowego dzieła Jaworskiego (Nauka o chor. wewnętrznych; rozdział obejmujący chor. wątroby str. 128, 129 i str. 130: ostry zanik wątroby).

[2]) Szczegóły dokładne podałem w pracy wzmiankowanej str. 130.

to nie jest swoiste, lecz tylko formą daleko posuniętych zmian zwyrodnienia. W etjologicznym szeregu należałoby tu również i drobnoustrojom wyznaczyć odpowiednie miejsce. W piśmiennictwie znane są — jakkolwiek bardzo rzadkie — przypadki żółtego zaniku wątroby wiążące się z zakażeniem kiłowem, durowem, z chorobą Weila i durem powrotnym. Co do choroby Weila dotychczas miałem sposobność w 3 przypadkach stwierdzić przy sekcji zwyrodnienie miąższowe wątroby, przyczem w żadnym przypadku nie udało mi się w treści pęcherzyka żółciowego ani też w miąszu wątroby wykryć krętków Uhlenhutha i Frommego, jak również innych drobnoustrojów. Rola jaką drobnoustroje odgrywają w etjologji żółtego zaniku wątroby wymaga dokładnej rewizji. Wybitnie dodatni odczyn Wass. stwierdzony w 2 przypadkach przez prelegenta, przyjąłbym na karb zakażenia kiłowego, ponieważ według dotychczasowej mojej obserwacji, opierającej się na kilkuset przypadkach, obecność barwików żółciowych w surowicy nie wpływa na wynik odczynu Wass., czyli nie ułatwia wiązania dopełniacza.

Częstochowskie towarzystwo lekarskie.

Uroczyste posiedzenie w dniu 16 września 1928 r. w celu uczczenia 35-letniej działalności lekarskiej Kol. Wasilewskiego i 30-letniej Kol. Łokczewskiego.

Zagajając posiedzenie w obecności 25 członków obecnych prezes Tow. Rożkowski zaznaczył ciężkie warunki egzystencji Tow. lekarskiego na prowincji i mały udział w pracy młodszych lekarzy; w celu poniekąd zachęty młodszych kolegów do pracy Zarząd Tow. uchwalił uczcić pożyteczną działalność dla Tow. lekarskiego Kolegów-Jubilatów Wasilewskiego i Łokczewskiego.

W dłuższem przemówieniu naszkicował prezes Tow. przebieg życia zawodowego Jubilatów oraz zasługi dla Tow. lekarskiego, wręczając kolejno dyplomy członków honorowych.

Dziękując Tow. lek. za wysoką ocenę ich pracy, koledzy Wasilewski i Łokczewski złożyli na rzecz Tow. zł. 200.

Posiedzenie w dniu 22 września 1928 r.
Przewodniczy prezes Tow. Kol. Rożkowski.

Do protokołu posiedzenia w dniu 16 czerwca i dyskusji nad odczytem Kol. Zahorskiego „Nowoczesne leczenie astmy metodą prof. Coca“ Kol. Stawnicki dodał poniższe uwagi: sam słuchał w Warszawie wykładów prof. Coca i uważa metodę jego jako zasługującą na stosowanie, niestety, odpowiednie szczepionki nie są w Warszawie wytwarzane i przychodni do leczenia astmy dotąd niema; leczenie kameralne można stosować u nas w kraju; w Poznaniu są odpowiednie instalacje.

I. Odbyły się pokazy chorych:

1) Prezes Rożkowski pokazał chorego, u którego po zapaleniu płuc rozwinęła się sprawa swoista włóknisto-serowata, powikłana zapaleniem nerek, leczył się w Otwocku; z powodu zrostów nie można było zastosować odmy. W Warszawie wykonano przecięcie nerwu przeponowego. Obecnie stan względnej poprawy: sedymentacja krwinek — po 3 godzinach, w 2-iem badaniu — po $1^1/_2$ godziny; laseczników niema, Pirquet — ujemny.

2) Kol. Szwedowski pokazał 3 osoby leczone odmą z pomyślnym wynikiem: 1) chorą mężatkę, która otrzymała w szpitalu 5 dopełnień odmy i leczy się dalej; laseczników niema, sedymentacja krwinek — po upływie $1^1/_2$ godziny, 2) chorą 25-letnią w ciąży 6-miesięcznej; założono odmę niecałkowitą; laseczników niema, sedymentacja krwinek po $1^1/_2$ godziny, 3) chorego po 11 dopełnieniu odmy; laseczników niema, sendymentacja krwinek po 1 godz. 40 min.; otrzymuje nadal dopełnienia co dwa tygodnie.

3) Kol. Wrześniowski omówił z własnej praktyki 3 przypadki; 2 przypadki ilustrują dowodnie tezę, że narządy wewnętrzne, żołądek i jelita, nie są czułe, czułą jest natomiast otrzewna ścienna i krezka: 1) Mężczyzna zachorował nagle i został przywieziony do szpitala po upływie 24 godzin, tętno drobne, brzuch twardy jak deska, żadnego bólu; przy operacji znaleziono w dwunastnicy mały otworek, jak koniec obsadki; 2) Chory po durze brzusznym, obserwowany na wsi wspólnie z kol. Rożkowskim, początkowo rozpoznawano mylnie porażenie plexus solaris — tymczasem było to zapalenie otrzewnej wskutek przedziurawienia jelita; 3) Pokaz chorej po operacji wycięcia pęcherzyka żółciowego, pęcherzyk był zrośnięty z dwunastnicą, i w nim tkwiły 2 duże kamienie.

W dyskusji Kol. Sobol podaje przypadek przedziurawienia jelita po uderzeniu, przebiegający bez bólu. Prezes Rożkowski omawia szczegółowo sprawę wrażliwości bólowej narządów wewnętrznych i dowodzi, że sam fakt przedziurawienia jelita nie może nie powodować bólu.

II. Kol. Szwedowski odczytał obszerny referat na podstawie własnego doświadczenia „Leczenie gruźlicy płuc odmą piersiową“. Po krótkim wstępie historycznym prelegent omówił kolejno: mechanizm działania odmy sztucznej na płuca, wskazania i przeciwwskazania do zakładania odmy, skutki lecznicze, niebezpieczeństwa i powikłania (zator gazowy, wysięki) czas potrzebny do leczenia odmą (od 2 do 10 lat), technikę zakładania odmy oraz wyniki lecznicze obce i własne. Wyniki lecznicze podług statystyk Dumarest'a, Murard'a, Muralt'a, Sangman'a, Sterlinga i Dłuskiego są następujące: 10% zupełnie wyleczonych a w 50% leczenie przebiega dobrze. Doświadczenia własne prelegenta streszczają się w poniższych wyrazach:

Leczonych odmą piersiową w przeciągu 10 miesięcy było 28 chorych, dopełnień wykonano — 248. Drobne uciśnięte płuco otrzymano u 9 chorych, w. tem 1 chory z wysiękiem, pomimo to dopełnienia trwają, co stanowi $35^5/_7$%. Niezupełnie uciśnięte płuco u 8 chorych, co stanowi $32^1/_7$%.

U jednej chorej wytworzył się wysięk, po pewnym czasie straciła prawo leczenia w Kasie chorych, wysięk zmniejszał się, dopełnień odmy nie otrzymywała, po 4 miesiącach od zaprzestania dopełnień zmarła z powodu krwotoku płucnego. Zaprzestało leczenia odmą 9 chorych z powodu wyczerpania miesięcy leczenia w Kasie chorych = $32^1/_7$%. Dwoje dzieci w wieku 8—10 lat, u jednego odma niezupełna ze zmianami w drugiem płucu, u drugiego odma prawie całkowita; przebieg leczenia zadowalający.

W zakończeniu prelegent pokazał aparat do zakładania odmy Dra Jasińskiego oraz igły Sanymanowskie.

W dyskusji przemawiali: Lipiński, Błagowidow, Batawia, Stawnicki, Sobol, Wasilewski, Łokczewski i Rożkowski.

Zdaniem Kol. Lipińskiego nieżyt jelit nie zawsze stanowi przeciwwskazanie do założenia odmy; odma może być założona i obustronnie, zna jeden taki przypadek, zakończony śmiercią.

Błagowidow w celu uniknięcia następczego wysięku zaleca oględne wpuszczanie powietrza.

Kol. Stawnicki zapytywał, czy w zajęciu gruźliczem krtani można stosować odmę. Zdaniem Kol. Batawii sprawa ta nie stanowi zasadniczo przeciwwskazania.

Sobol zwraca uwagę, że niekiedy obraz rentgenologiczny wykazuje zmiany nieznaczne a tymczasem sprawa przebiega niepomyślnie. Zdaniem Kol. Wasilewskiego należy przestrzegać ściśle wskazań do leczenia odmą. Ujemną stroną zabiegu — długotarwałe leczenie.

Kol. Stawnicki zachęca do szerokiego stosowania odmy, która stanowi środek potężny w leczeniu gruźlicy płuc.

Kol. Łokczewski wobec twierdzenia prelegenta, że ciężarne dobrze znoszą odmę, zwraca uwagę, że zazwyczaj nagłe i szybkie pogorszenie widujemy już po porodzie z powodu nagłej zmiany warunków ciśnienia i krążenia krwi w płucach.

Prezes Rożkowski w dłuższem przemówieniu uzupełnia odczyt prelegenta. Odma sztuczna jest jedynym środkiem, który może uratować chorego w przypadku rozpaczliwym. Chora tkanka płucna obok elastyczności posiada kurczliwość — i te obie własności przyrodzone wyzyskuje pneumothorax; odma „wybiórcza“ autorów francuskich (pneumothorax electif). Obustronna odma może być wskazaną, skoro po założeniu odmy jednostronnem w drugiem płucu rozwija się gruźlica, albo się zakłada po obu stronach równocześnie. Są dwie przyczyny niepowodzenia w zakładaniu odmy: pierwszą — to zrosty opłucnowe, drugą jest brak kurczliwości tkanki płucnej. W tych ostatnich przypadkach francuzi stosują oleo-thorax.

Sekretarz: *K. Łokczewski.*

Towarzystwo Lekarskie w Złoczowie.

Sprawozdanie z II-go Walnego Zgromadzenia Towarzystwa Lekarskiego w Złoczowie, które odbyło się dnia 23-go czerwca 1929 r.:

Przewodniczył kol. Dr. Paulo, Sekretarzował kol. Dr. Lind.

Sprawozdanie z czynności Wydziału złożył sekretarz kol. Dr. Lind, w następującej treści: Wydział odbył 8 posiedzeń poświęconych sprawie referatów naukowych, których odbyło się 4:

1. a) Kol. Dr. Lind: O zakażeniu ustnem *(oral sepsis),*

1. b) Kol. Dr. Lecewicz: Pokazy przypadków szpitala powszechnego,

2. Kol. Dr. Paulo: Jakby urządzić publiczną służbę zdrowia?
3. Kol. Dr. Bilowicki: Klinika zatruć gazami bojowemi,
4. Kol. Dr. Wasung: Organizacja służby zdrowia przy samorządzie w świetle ustaw sanit. R. P. P.

Z inicjatywy T-wa odbyły się staraniem i pod firmą Towarzystwa walki z gruźlicą tak w Złoczowie jak i na prowincji wykłady o gruźlicy w języku polskim, ruskim i żydowskim. Wykłady wygłosili: Kol. Dr. Paulo, Kol. Dr. Hreczanik i Kol. Dr. Załużny. Ponadto załatwił Wydział 2 sprawy honorowe między kolegami, z których jedna jest w toku oddana Sądowi koleżeńskiemu. Sprawozdanie uzupełnił p. prezes Dr. Paulo, komunikując, iż na interwencję Wydziału u prezesa Sądu ustanowiony został dla spraw sądowo-lekarskich alfabetyczny turnus. Codziennie inny kolega od godz. 12—13.

Po sprawozdaniu kasowem przez kol. Dr. Linda postawił wniosek kol. Dr. Baral o ustanowienie cennika lekarskiego oraz regulaminu, któryby regulował między innemi stosunek chorego do drugiego wezwanego lekarza.

Kol. Dr. Lind zaproponował, by w tej sprawie, która jest bardzo ważną zwołać osobne zebranie.

Kol. Dr. Lind zreferował sprawę ubezpieczenia zbiorowego. Uchwalono, by Wydział przedłożył kolegom dokładne szczegóły po zasięgnięciu odpowiednich informacyj.

W końcu uchwalono zaabonować: „Münchener medizinische Wochenschrift". Na tem Walne Zgromadzenie zamknięto.

Sekretarz: *Dr. Lind.* Przewodniczący: *Dr. Paulo.*

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Poleskiego.

W dniach 19 i 20 kwietnia r. b. odbył się w Brześciu n/B. zjazd lekarzy powiatowych Województwa Poleskiego. Obecni byli wszyscy lekarze powiatowi, prezydent miasta Pińska i lekarz miejski miasta Brześcia.

Zagaił zjazd p. Wicewojewoda Skrzyński, podkreślając konieczność nasilenia akcji społecznej celem pouczenia ludności, jak zapobiegać szerzeniu się gruźlicy, jaglicy i in.

W imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia powitał zjazd Dr. Hryszkiewicz, podając w swem przemówieniu porównawcze dane z prac dokonanych w dziedzinie sanitarno-porządkowej na obszarze całego Państwa, zwracając jednocześnie uwagę na konieczność niezwłocznego zajęcia się uporządkowaniem hoteli, restauracyj, fryzjerń i t. p. instytucyj ze względu na zbliżający się termin otwarcia Powszechnej Wystawy Krajowej w Poznaniu i połączone z nim wycieczki krajoznawcze zagranicznych gości, zwiedzających wystawę.

Ze sprawozdań lekarzy powiatowych wynika, że walka z gruźlicą i jaglicą rozwija się stale. Na przeszkodzie szybszemu rozwojowi stoją: szczupłe budżety samorządowe, wielkie przestrzenie powiatów, brak dróg komunikacyjnych i rzadkie zaludnienie. Pomimo to jednak w roku zeszłym uruchomiono ośrodki zdrowia w Łunińcu, Brześciu, Kobryniu i Sarnach. Przystąpiono do urządzenia sanatorjum dla gruźlików w Hancewiczach, poza funkcjonującemi już na terenie województwa sanatorjami w Małorycie na 60 łóżek i kolejowem na 40 łóżek.

Szpitalnictwo powoli się rozwija. Szpitale są w Brześciu, Kamieńcu Litewskim, Pińsku, Drohiczynie, Kobryniu (w roku zeszłym odremontowany kosztem 50 tysięcy zł.),Łunińcu, Hancewiczach, Prużanie, Dąbrowicy, Włodzimiercu, Kosowie, Różanie (ten ostatni na 15 łóżek, utrzymywany przez T-wo Ochrony Zdrowia). Większość szpitali wymaga kapitalnego remontu i rozszerzenia. Co do rejonów lekarskich, to jest ich dotychczas tylko 27, a to ze względu na brak kandydatów, którzyby się chcieli w obecnych warunkach mieszkaniowych i kulturalnych tam osiedlić. Warunki te stale się jednak poprawiają i jest nadzieja, że już w roku bieżącym uda się uruchomić większą liczbę rejonów.

Akcja sanitarno-porządkowa zrobiła postępy. Wiele domów w miastach odnowiono i pomalowano, w wielu miejscowościach urządzono nowe bruki i chodniki, nowe studnie artezyjskie lub kopane z cembrowiną betonową, uporządkowano 66% śmietników i 77% ustępów w miastach i 51% ustępów we wsiach.

Po zakończeniu dyskusji nad sprawozdaniami lekarzy powiatowych przystąpiono do następnych punktów porządku dziennego.

Inspektor lekarski Dr. Anzelm wygłosił referaty o istocie zadań lekarza powiatowego i o programie pracy nad podniesieniem stanu sanitarnego i estetycznego wyglądu kraju, Inspektor farmaceutyczny p. Jagiełło — o czynnościach lekarzy powiatowych w zakresie spraw farmaceutycznych, wreszcie Naczelnik Wydziału Zdrowia Dr. Zaroski — o zasadach ustroju szpitalnictwa na terenie Województwa.

Na tem obrady zjazdu zakończono, poczem uczestnicy zjazdu udali się wspólnie na zwiedzenie szpitala miejskiego, miejskiego ośrodka zdrowia i piekarni mechanicznej. Obejrzane instytucje wywarły wrażenie dodatnie zarówno pod względem urządzenia, jak też prowadzenia i utrzymania.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wołyńskiego.

W dniach 26 i 27 kwietnia r. b. odbył się w Łucku zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wołyńskiego.

Na zjazd przybyli wszyscy lekarze powiatowi, lekarz sejmikowy z Dubna, lekarze miejscy z Kowla i Łucka, lekarze szpitalny i szkolny z Łucka i lekarze rejonowi z Ołyki i Zdołbunowa.

Zagaił zjazd p. Wicewojewoda Gintowt-Dziewałtowski.

W imieniu Rządu powitał zjazd Dyrektor Departamentu Dr. Piestrzyński, podkreślając z uznaniem, że lekarze powiatowi, pracując na kresach w warunkach trudnych, a nieraz uciążliwych, pomimo to nie zaniedbują wszelkiej możliwości uzupełnienia swej wiedzy fachowej, łącząc się z kolegami w Wołyńskiem Towarzystwie Lekarskiem i przyczyniając się do jego rozwoju.

Z przedstawionych przez lekarzy powiatowych i miejskich sprawozdań widać, że walka z gruźlicą i jaglicą prowadzona jest przez ośrodki zdrowia w Łucku, Kowlu i Lubomlu, przychodnie specjalne w Horochowie i Zdołbunowie, oraz przez 38 przychodni rejonowych lekarskich. W roku bieżącym ma być otwarty ośrodek zdrowia i dom izolacyjny w Równem, a w powiecie lubomelskim będzie zorganizowana lotna poradnia gruźlicza, która będzie obsługiwać wsie, oddalone od środka powiatowego.

Ze względu na liczniejsze przypadki jaglicy w powiecie kowelskim, w którym poza specjalną przychodnią w Kowlu funkcjonują dwa zakłady jaglicze w Adamówce i Brzuchowicach, ma być otwarta specjalna przychodnia jaglicza w Ratnie.

Szpitali w Województwie Wołyńskiem jest 26 z 798 łóżkami. Sześć z pomiędzy nich są to jednostki małe, mianowicie w Szacku na 8 łóżek i 10-łóżkowe w Wołkowyi, Kniahininie, Poczajewie, Łanowcach i Szumsku. Pomimo, że koszt utrzymania takich małych szpitali jest znaczny, są one jednak niezbędne ze względu na zły stan dróg i wielkie przestrzenie powiatów.

Co do spraw sanitarno-porządkowych, to w ubiegłym roku daje się zauważyć znaczny postęp pod względem zadrzewienia i zabrukowania ulic i placów w miastach i miasteczkach, odnowienia domów w miastach, urządzenia publicznych ustępów, budowy nowych studzien i t. p. Na 1. I. r. b. w miastach było 46% śmietników i 53% ustępów. We wsiach sprawa z ustępami stała gorzej, bo było ich zaledwie 39%. Hotele, restauracje, kawiarnie, fryzjernie, sklepy spożywcze i t. p. instytucje były niejednokrotnie lustrowane i obecnie są doprowadzone do względnego porządku.

Po zakończeniu dyskusji, w której wyjaśnień udzielał p. Dyrektor Dr. Piestrzyński, przystąpiono do następnych punktów porządku dziennego. Dr. Kacprzak wygłosił referat o statystyce, p. Adamowiczowa zademonstrowała na wykresach błędy w regestracji chorób zakaźnych, które dały się zauważyć w Województwie Wołyńskiem, Doc. Dr. Gąsiorowski mówił o badaniu wody, inspektor weterynaryjny Dr. Zaremba o współdziałaniu lekarzy weterynaryjnych z lekarzami powiatowymi w zwalczaniu chorób odzwierzęcych, Dr. Kuźmicki o szkołach w związku z akcją sanitarno-porządkową, Dr. Ulatowski o celach i zadaniach Wojewódzkiego Komitetu Wychowania Fizycznego, wreszcie Kierownik Wydziału Opieki Społecznej p. Titow o opiece społecznej w Województwie Wołyńskiem. Dr. Hryszkiewicz wzywał lekarzy powiatowych do niezwłocznego przystąpienia do akcji sanitarno-porządkowej w związku ze zbliżającym się terminem otwarcia Powszechnej Wystawy Krajowej w Poznaniu i projektowanemi wycieczkami po kraju gości zagranicznych.

Na tem zjazd zamknięto, poczem uczestnicy zwiedzili szpital powiatowy, przychodnię państwową jagliczą i skórno-weneryczną, stację opieki nad matką i dzieckiem, sierociniec S. S. Teresinek, muzeum regionalne, ruiny zamku Lubarta, katedrę i skarbiec.

LISTY DO REDAKCJI.

W sprawie XIII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie (drobnych uwag kilka).

Otrzymałem w swoim czasie zaproszenie i zawiadomienie Komitetu Organizacyjnego XIII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, mającego się odbyć w Wilnie w czasie od 26 do 29

września b. r., z którego dowiaduję się, że obok większych wykładów bezdyskusyjnych na posiedzeniach plenarnych odbędą się w sekcjach odczyty programowe dłuższe i referaty luźne krótsze.

Dotąd jest wszystko w porządku. Jako internista, miłujący specjalnie neuropatologję, notuję sobie w kalendarzu terminowym, gdyby mi wypadło brać udział w roli członka Zjazdu i jednocześnie prelegenta, że Komitet prosi ewentualnych referentów o nadesłanie streszczeń w dość łagodnym, gdyż odległym terminie 30 sierpnia, narzucając nieco ciężej brzmiące 10 minut na odczyt, stosownie do których wypadnie referentowi uporządkować sobie w pamięci lub w notatce swój materjał referatowy. Dura lex sed lex.

Po upływie dwóch tygodni otrzymuję grzeczne zaproszenie Prezydjum Sekcji internistycznej, podwładnej Komitetowi Organizacyjnemu, oraz zawiadomienie tejże treści, ale z nieco innemi liczbami. Streszczenie należy zgłosić najpóźniej 26 lipca (czyli o całe 6 tygodni wcześniej) na wykład zaś przeznacza się wspaniałomyślnie 15 minut. Nie długo się zastanawiając zdumiony kandydat na przyszłego referenta przekreśla w notatniku poprzednie 2 liczby i zastępuje je nowemi. odmiennemi.

Po upływie nowych dwóch tygodni ja, powiedzmy referent in spe tematu z pogranicza interny i neurologji, otrzymuję nie mniej uprzejme zaproszenie Sekcji Neurologicznej, która prosi o ewentualne przysłanie referatu koniecznie przed 15 lipca (czyli o całe 8 tygodni wcześniej) zawiadamiając jeszcze bardziej kurtuazyjnie, iż na zwykły referat przeznacza się 20 minut.

Zastanawia się przeciętny nieszczęsny referent co ma czynić z notatnikiem, czy przekreślić po raz drugi i notować po raz trzeci, czy też czekać z korektą do nowego zawiadomienia, czy ma iść w ślady owego legendarnego żyda pacjenta, który się kładzie powtórnie na stół operacyjny, gdy mu chirurg zostawił przy laparotomji w roztargnieniu szczypce w jamie brzusznej. Wahający się pacjent sine ira et studio prosi jako dla pewności i na wszelki wypadek, o zaszywanie brzucha po powtórnej operacji nie na stałe, nie hermetycznie, lecz na guziki.

Należałoby obowiązkowo ujednostajnić decyzje różnych komitetów, prezydjów i zarządów. Nie wystarcza bowiem powoływanie się każdej sekcji na własny regulamin, jeśli główny Komitet Organizacyjny drukuje obowiązujące informacje, tembardziej, że każdorazowo Przewodniczącemu sekcji przysługuje prawo przedłużenia czasu ciekawego odczytu.

Drobną usterką Zjazdu jest też zbytnia kurtuazja względem dyskutantów, którzy mają, zdaniem mojem, obowiązek streszczania się w swoich przygodnych, doraźnych, częstokroć błahych uwagach w ciągu kilku minut Tymczasem we wszystkich trzech listach znajduję prawo aż dwukrotnego przemawiania, każdorazowo przez całe 10 minut, czyli przeciętnie dyskutant ma do dyspozycji dwa razy więcej czasu od prelegenta, który operuje własnym oryginalnym materjałem i całem piśmiennictwem odnośnem.

H. Higier (Warszawa)

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej. 3-ci zeszyt (zjazdowy) VII-ego tomu „Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej" wyjdzie z druku w drugiej połowie sierpnia r. b. Zeszyt będzie zawierał w opracowaniu monograficznem referaty główne VIII-ego Zjazdu Towarzystwa Internistów Polskich, a mianowicie:

1) Anatomja, patologja i klinika układu siateczkowo-śródbłonkowego w opracowaniu profesorów Uniwersytetu Warszawskiego L. Paszkiewicza, Fr. Venulета i docenta tegoż Uniwersytetu M. Semerau-Siemianowskiego.

2) Ciśnienie krwi i jego zaburzenia, w opracowaniu profesora Uniwersytetu Warszawskiego J. Modrakowskiego, profesora Uniwersytetu Wileńskiego A. Januszkiewicza i docenta Uniwersytetu Lwowskiego H. Sochańskiego.

Zeszyt ten ze względu na swą nader obfitą treść będzie podwójnej objętości. Wobec tego, zgodnie z uchwałą Zarządu Głównego Tow. Int. Polsk. z dnia 19 lipca r. b. cena jego wyjątkowo wynosić będzie 15.— zł w Warszawie i 16.60 zł na prowincji.

Ze względu na ściśle ograniczony nakład PP. Koledzy, którzy P. A. M. W. nie abonują, a zeszyt powyższy życzą sobie nabyć oddzielnie, zechcą o tem niezwłocznie powiadomić administracje Polskiego Archiwum Med. Wewn. w Warszawie przy ul. Żórawiej Nr. 4a m. 12.

Konkurs na pracę naukową na temat: „Alkoholizm w wojsku". Szkoła Podchorążych Sanitarnych ogłasza konkurs na pracę naukową na temat: „Alkoholizm w wojsku".

Praca ta winna stanowić samodzielny i nieogłoszony dotąd przyczynek do poznania przyczyn i warunków szerzenia się alkoholizmu w wojsku, względnie jego skutków. Praca ta ma być oparta na samodzielnych badaniach i obserwacjach i może mieć charakter kliniczny, statystyczny, higieniczno-społeczny, wreszcie może dotyczyć zagadnienia przestępczości w wojsku pod wpływem zatrucia alkoholowego.

Praca w zasadzie powinna obejmować przynajmniej 1 arkusz druku. Przy wyjątkowych zaletach może być nagrodzona jednak praca mniejszych rozmiarów. W końcu pracy należy umieścić krótkie streszczenie, względnie wnioski w języku polskim i francuskim, niemieckim lub angielskim.

Termin nadesłania pracy 1-go października 1929 r. Prace winny być adresowane do p. Komendanta Szkoły Podchorążych Sanitarnych w Warszawie (Górnośląska 45). „Praca na konkurs".

Praca powinna być zaopatrzona godłem bez podania nazwiska autora. Do pracy należy dołączyć zapieczętowaną kopertę, zaopatrzoną w godło, zawierającą wewnątrz imię i nazwisko, szarżę względnie stanowisko i dokładny adres autora.

Za najlepszą pracę nagroda wynosi 500 zł, II-ga nagroda — 300 zł, III-cia 200 zł. W razie wyjątkowych zalet nadesłanej pracy może być przyznana łącznie I i II, a nawet wszystkie 3 nagrody razem, jeśli inne prace nie będą zasługiwały na wyróżnienie.

Szkoła Podchorążych Sanitarnych nabywa prawo drukowania nagrodzonych prac w „Lekarzu Wojskowym", przyczem autor otrzymuje należne mu honorarjum autorskie.

Drugi konkurs Szkoły Podchorążych Sanitarnych. Poza konkursem na pracę naukową p. t.: „Alkoholizm w wojsku", którego warunki podaliśmy wyżej, Szkoła Podchorążych Sanitarnych ogłasza drugi konkurs na dziełko propagandowe p. t.: „Alkoholizm, jego znaczenie i walka z nim, z uwzględnieniem warunków życia wojskowego".

Praca winna ująć w zwięzłym, treściwym i dostępnym dla ogółu inteligentnych czytelników wykładzie całokształt kwestji alkoholizmu, t. j. dać jasne pojęcie o wpływie alkoholu na ustrój człowieka i o znaczeniu, jakie ma alkoholizm dla społeczeństwa i narodu, a w szczególności dla wojska, a także wskazać na główniejsze przyczyny szerzenia się alkoholizmu i na skuteczne środki do jego zwalczania.

Praca ta, chociaż w ujęciu popularnem, nie powinna jednak odbiegać od danych i spostrzeżeń ściśle naukowych, ponieważ przeznaczona jest dla czytelników inteligentnych i jako pomoc dla lekarzy i oficerów, którzy mają prowadzić dla żołnierzy wykłady i pogadanki o alkoholizmie i zgubnym jego wpływie. Najwięcej pożądane są prace, w których szczegółowo i wyczerpująco rozważane będzie znaczenie alkoholizmu dla żołnierza indywidualnie i dla armji.

Praca winna obejmować 3 — 4 arkusze druku (40 — 60 lub więcej stron pisma maszynowego) i powinna być pisana czytelnie na jednej stronie arkusza (recto).

Prace należy nadsyłać pod adresem Szkoła Podchorążych Sanitarnych, ul. Górnośląska 45. „Praca na konkurs". Termin nadsyłania prac — 1 października 1929 r.

Nadsyłane prace winny być zaopatrzone w godło bez podania nazwiska autora. Do pracy ma być załączona zapieczętowana koperta, zaopatrzona w godło i zawierająca wewnątrz imię i nazwisko, stanowisko i dokładny adres autora.

Za najlepsze dwie prace będą przyznane nagrody: 1 nagroda wynosi 600 zł, II — 200 zł.

Szkoła Podchorążych Sanitarnych nabywa prawo ogłoszenia drukiem prac nagrodzonych.

Wilno.

XIII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Wilnie 26 — 29 września 1929 r. Przy Sekcji IX (bakterjologji higjeny i medycyny społecznej) Zjazdu została zorganizowana pod kierownictwem Dr. A. Borowskiego podsekcja higjeny szkolnej i wychowania fizycznego. Uprasza się o zgłaszanie referatów w terminie do 31 sierpnia r. b. do Kierownika podsekcji Dr. Borowskiego (Kuratorjum Okręgu Szkolnego, Wilno, ul. Wolana).

Międzynarodowy Kongres Pracowników Umysłowych. Na ostatniem posiedzeniu Rady Międzynarodowej Konfederacji Pracowników Umysłowych ustalono, iż najbliższy Międzynarodowy Kongres Pracowników Umysłowych odbędzie się we wrześniu r. b. prawdopodobnie w Anglji. Porządek obrad Kongresu obejmuje następujące punkty: 1) Sprawozdanie Sekretarza Generalnego, 2) Ubezpieczenia społeczne (referat — Finlandja), — 3) Program Ekonomiczny pracowników umysłowych (referat H. Rygier — Polska), 4) Ankiety, przeprowadzone łącznie z Między-

narodowem Biurem Pracy (referent L. Gallié — Francja), 5) Prawa autorskie w zakresie reprodukcji mechanicznej (referent M. de Weidel — Francja), 6) Bezrobocie wśród pracowników umysłowych (referent Sekretarz Generalny), 7) Bezrobocie wśród artystów scenicznych i muzycznych (referent M. Cornelissen — Holandja), 8) Biura pośrednictwa pracy dla artystów (referent M. de Weindel — Francja), 10) Wymiana intelektualna (referent — Austrja) i wymiana prelegentów (referent panna Varesco — Rumunja), 11) Radjofonja (referent — Czechosłowacja), 12) Prawo autorskie do udziału w zwyżce cen przy dalszej odsprzedaży dzieł sztuki (referent L. Gallié — Francja), 11) Wolność myśli Liberté de pensée (referent — Anglja).

Z kraju.

Nowy organ poświęcony czystości i higjenie. Prasa perjodyczna została ostatnio wzbogacona ilustrowanym miesięcznikiem, poświęconym propagandzie higjeny i czystości, z uwzględnieniem popierania i krzewienia zasad czystości w życiu społecznem.

Mesięcznik „Czystość" doskonale redagowany przez lek. dent. Michała Grejnieca z Częstochowy zawiera cały szereg ciekawych artykułów, z których na czoło wybijają się znakomite uwagi o znaczeniu kąpieli Dr. Czesława Wroczyńskiego oraz „Jak czyścić zęby" red. Grejnieca.

Poza licznym materjałem informacyjnym i kronikarskim, z którego przebija troska o podniesienie poziomu higjenicznego w społeczeństwie, znajdujemy praktyczne wskazówki, propagowane przez naukowców higjeny.

Idąc za prądem czasu „Czystość" w każdym numerze wydaje bezpłatne kupony na rozmaite przybory i artykuły higjeniczne, jak szczoteczki do zębów „Purol", proszki do zębów, mydło i krem „Azela" i t. p.

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 15 maja 1929 roku w sprawie opustu od cen, oznaczonych w taksie aptekarskiej za lekarstwa, wydawane na koszt Kas Chorych i wydawania tych lekarstw. Na mocy art. 43 ustęp IV i art. 97 ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44 poz. 272) oraz art. 2 poz. 13 i art. 10 zasadniczej ustawy sanitarnej z dnia 19 lipca 1919 r. (Dz. U. R. P. Nr. 63 poz. 371), jak również na mocy art. 362 ros. ust. lek. (Zb. Pr. ros. t. XIII, wyd. 1905 r.) § 7 austr. ustawy z dnia 18 grudnia 1906 r. (austr. Dz. U. P. rok 1907 Nr. 5) i p. A. § 1 rozdz. 3 pruskiego kr. rozporządzenia z dnia 11 października 1801 r. zarządza się, co następuje:

§ 1. Za lekarstwa, wydawane na koszt Kas Chorych, działających na mocy ustawy z dnia 19 maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. P. R. P. Nr. 44 poz. 272), aptekarze dzierżawcy lub odpowiedzialni kierownicy aptek z prawem sprzedaży lekarstw, obowiązani są obliczać cenę według ogólnej taksy aptekarskiej, względnie według zasad, wskazanych w rozporządzeniach, dotyczących taksy, i odliczać 25% od ceny lekarstw, przepisanych w formie recept, a 5% od ceny środków leczniczych lub opatrunkowych, przepisanych nie w formie recepty (sprzedaż odręczna).

W tych miejscowościach (osiedlach), w których Kasa Chorych posiada własną aptekę, przygotowującą lekarstwa według recept lekarzy, wyżej wymienione osoby mogą zamiast wskazanych 25% odliczyć tylko 5% od cen obowiązującej taksy aptekarskiej.

§ 2. Zarządy Kas Chorych, o ile nie płacą za lekarstwa i inne środki bezpośrednio przy ich pobieraniu, winny regulować rachunki w ciągu 15 dni od dnia podania ich przez apteki. W razie regulowania rachunków po tym terminie Kasy Chorych nie korzystają z ustępstw, określonych w § 1 niniejszego rozporządzenia.

§ 3. Apteki publiczne obowiązane są stosownie do rozmiarów czynności posiadać dostateczne zapasy środków leczniczych oraz środków opatrunkowych i wydawać je na żądanie Kas Chorych z zachowaniem kolejności otrzymanych przez aptekę zamówień.

§ 4. Rozporządzenie niniejsze wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Jednocześnie traci moc obowiązującą rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego i Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 26 marca 1923 r. (Dz. U. R. P. Nr. 61 poz. 448).

Minister Spraw Wewnętrznych: *Sławoj Składkowski.* Minister Pracy i Opieki Społecznej: *A. Prystor.*

Ze świata.

VI Kongres Stomatologiczny w Paryżu. W dniach 21 do 26 października roku bieżącego odbędzie się w Paryżu kongres stomatologiczny pod przewodnictwem Dr. Rousseau-Decelle'a. Rozpatrywane będą następujące 3 tematy główne: 1) Posocznica (septicaemia) pochodzenia ustno-zębowego. 2) Leczenie chirurgiczne schorzeń przywierzchołkowych. 3) Profilaktyka próchnicy zębów. Zgłoszenia przyjmuje sekretarz generalny Dr. Leclecq, 9 bd. de la Madeleine, Paris 1. Na kolejach francuskich — 50% zniżki. Opłata za uczestnictwo — 100 fr.

Der blutlose „Phlebotomist". Komunikujemy Szan. Czytelnikom, że pismo „Der Blutlose Phlebotomist", które ukazuje się w językach niemieckim, angielskim, francuskim, włoskim, hiszpańskim, portugalskim i japońskim (nakład 1,250.000 egzemplarzy) dostarczane jest wszystkim pracującym na polu medycyny na całym świecie za wyjątkiem Rosji, Bułgarji i Łotwy. Wydawnictwo komunikuje nam, że wysyłka pisma nastąpi niebawem. Gdyby któryś z Czytelników naszych pisma nie otrzymał, to zechce nas o tem zawiadomić, a zwrócimy się niezwłocznie do wydawnictwa i polecimy wysyłkę pod wskazanym adresem.

Wybór prof. Modrakowskiego do Komisji Międzynarodowej Ekspertów do spraw substancyj odurzających. Na posiedzeniu w dniu 17 maja r. b. Komitet Międzynarodowego Zarządu do Spraw Higjeny Publicznej (Office Internat. d'Higiene Publique) w Paryżu, na wniosek delegata Rządu Polskiego powołał jednogłośnie p. Dr. Modrakowskiego, profesora farmakologji Uniwersytetu Warszawskiego na członka Międzynarodowej Komisji Ekspertów do spraw przetworów odurzających. Komisja zasiada na przemian w Paryżu i Genewie.

Kasy Chorych zagranicą i u nas (wyjęto z „Nowin Społeczno-Lekarskich" Nr. 14 z r. 1929).

Według zestawienia, dokonanego przez Urząd Statystyczny Rzeszy Niemieckiej, a opartego na materjałach Międzynarodowego Biura Pracy w Genewie w r. 1925 ubezpieczeni obowiązkowo w Kasach Chorych stanowili następujący odsetek ogółu ludności pracującej w państwach europejskich:

Państwa	Odsetek ogółu ludności	% ludn. prac.
Austrja	34,3%	63,2%
Anglja	35,7%	80,7%
Niemcy	30,5%	59,5%
Norwegja	22,0%	57,1%
Czechy (1924)	19,2%	43,2%
Węgry	11,6%	24,8%
Polska	6,1%	19,8%
Rosja	6,1%	11,9%
Bułgarja	4,7%	8,7%

Przeciętna liczba dni choroby wynosiła na jednego ubezpieczonego: w Niemczech 11,2 dni; w Czechosłowacji 11,1 dni; w Polsce 5,9 dni.

Wydatek na jednego ubezpieczonego (w markach niemieckich) wynosił: w Niemczech 62,5 marki; w Polsce 49,5 marki; w Norwegji 36,5 marki; na Węgrzech 36,5 marki; w Austrji 36,7 marki.

Wydatek na zapomogi wynosił na jednego ubezpieczonego (w markach niemieckich): w Niemczech 25,3 markii; w Austrji 20,6 marki; na Węgrzech 15,7 marki; w Polsce 15,5 marki; w Norwegji 14,7 marki: w Anglji 13,4 marki.

Wydatek na leczenie na jednego ubezpieczonego wynosił (w markach niemieckich): w Niemczech 15,7 marki; w Anglji 12,3 marki; w Norwegji 17,3 marki; w Polsce 15,2 marki; w Austrji 9,6 marki.

W Anglji nie uwzględnia się wydatków na leczenie zębów i kosztów podróży.

Wydatek na leki na jednego ubezpieczonego wynosił (w markach niemieckich): w Polsce 9,7 marki; w Niemczech 7,3 marki; w Austrji 5,1 marki; na Węgrzech 4,7 marki; w Czechach 3,8 marki.

Wydatki na leczenie stanowiły następujący odsetek wydatków na świadczenia: w Norwegji 38,4% — w Anglji 34,3% — w Polsce 30,8% — w Niemczech 25,2% — w Austrji 23,3%.

Niektóre państwa europejskie posiadają dotąd jedynie ubezpieczenia dobrowolne; w stosunku do ogółu ludności ubezpieczeni stanowili odsetek następujący:

w Danji	42,%	ogółu ludności
w Szwajcarji	29,2%	ogółu ludności
we Włoszech	2,7%	ogółu ludności
w Finlandji	2,2%	ogółu ludności
w Hiszpanji	1,9%	ogółu ludności

(Klin. Wach. — 1929 — Nr. 10).

W zestawieniach powyższych uderza b. wysoki wydatek na leki w Polsce. Świadczy to niewątpliwie o braku odpowiednich racjonalnych urządzeń leczniczych w polskich Kasach Chorych.